



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 εξάλειψη 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 αλλήλα και συντομότερη (1 στους 5 θανάτους συνδέεται με το υπερβολικό βάρος), αφού εμφανίζουν συχνότερα πολλαπλές 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 νόσος, 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. Επιπλέον, η νοσογόνος παχυσαρκία, εκτός από τα εκατομμύρια θανάτους κάθε χρόνο, κοστίζει ακριβά και στην παγκόσμια οικονομία, καθώς, όπως τονίστηκε, ως ιατρικό πρόβλημα απορροφά το 2-8% των δαπανών για την υγεία στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Σύμφωνα με τις μετρήσεις της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ), τα τελευταία 15 χρόνια διπλασιάστηκε και ο αριθμός των παιδιών που χαρακτηρίζονται παχύσαρκα στις ΗΠΑ, ενώ το ποσοστό των παχύσαρκων ενηλίκων στην ίδια χώρα αυξήθηκε κατά 30%. Στην Ελλάδα, περισσότερο 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 παιδεύουν τέκνα». Ειδικότερα στοιχεία από τη Βόρεια Ελλάδα έδειξαν ότι η παχυσαρκία είναι συχνότερη στα παιδιά σε σχέση με τους εφήβους. Ο ΙΝΚΑ αναφέρει σε έκθεσή του ότι «Τρέφουμε τα πιο αμόρφωτα, αγύμναστα και παχύσαρκα (ή υπέρβαρα) παιδιά». Είναι σίγουρα μια ακραία και σοκαριστική άποψη, αλλήλα 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 συμβάλλουν στη δημιουργία της.



γενετικοί παράγοντες

Η παχυσαρκία φαίνεται να επηρεάζεται σημαντικά από γενετικούς παράγοντες. Κληρονομικότητα: Εάν κάποιος από την οικογένειά σας είναι παχύσαρκος, έχετε υψηλότερο κίνδυνο για παχυσαρκία. 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 πολλά 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 λύπη, 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 Kcals λιγότερο από τις ημερήσιες ανάγκες.

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 διατροφή, σε μείωση του σωματικού βάρους. Ο συνδυασμός της δίαιτας με τη φυσική δραστηριότητα είναι σημαντικός για τον εξής λόγο: Η μείωση του σωματικού βάρους με τη διατροφή 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 πολύ απλά, '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, καταβάλλει 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 και δεν γίνεται με καταναγκαστικό τρόπο. Είναι άσκοπο

να προτρέπουμε τα παχύσαρκα παιδιά και τους ενήλικες να αθλούνται σε εξειδικευμένα αθλήματα. Η απώλεια σωματικού βάρους έστω και 5-10% μπορεί να μειώσει σημαντικά τους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου.



Η φαρμακευτική αγωγή της παχυσαρκίας θα πρέπει να αποτελέσει 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 αλλήλ και στην αποφυγή υποτροπής.

Τρίτο και τελευταίο βήμα στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας αποτελεί η χειρουργική αντιμετώπιση. Η Βαριατρική Χειρουργική ή χειρουργική απώλειας βάρους αποτελείται από μία ειδική κατηγορία επεμβάσεων που εφαρμόζονται σε ασθενείς που πάσχουν από νοσογόνο παχυσαρκία. Η απώλεια βάρους συνήθως επιτυγχάνεται μειώνοντας το μέγεθος του στομάχου είτε με την τοποθέτηση Γαστρικού μπαλονιού ή Γαστρικού δακτυλίου είτε με την αφαίρεση μέρους του στομάχου ή την παράκαμψη αυτού.

Κάθε χειρουργική πράξη απαιτεί μία 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 αλλήλ παρουσιάζουν ένα 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.

Μακροχρόνιες μελέτες έχουν αποδείξει ότι οι επεμβάσεις αυτές προκαλούν απώλεια βάρους για μακρύ χρονικό διάστημα, επιτυγχάνεται πολύ συχνά διόρθωση του Σακχαρώδους Διαβήτη, μειώνονται οι παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου και παρατηρείται ελάττωση της θνησιμότητας κατά 23% ως 40%.



κατηγορίες επεμβάσεων

Οι επεμβάσεις Βαριατρικής χειρουργικής μπορεί να χωριστούν σε τρεις κύριες κατηγορίες:

1. ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΔΥΣΑΠΟΡΡΟΦΗΣΗΣ
2. ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΕΡΙΟΡΙΣΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ
3. ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ

Πώς λειτουργεί το χειρουργείο;

Δηλαδή ποιός 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 bypass, κάθετη μερική γαστρεκτομή / sleeve gastrectomy κ.ά) ο ασθενής τροποποιεί το είδος του φαγητού το οποίο επιθυμεί, διότι ο, τιδήποτε περιέχει ζάχαρη, δεν είναι πολύ καλώς 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.

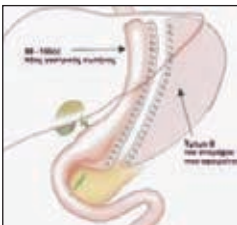
Η βαριατρική χειρουργική πρέπει να εφαρμόζεται μόνο από εξειδικευμένους χειρουργούς, με εμπειρία σ' αυτόν τον τομέα. Ο παχυσαρκος είναι μία ιδιαίτερη κατηγορία ασθενούς υψηλού κινδύνου και πρέπει να λαμβάνονται ειδικές μέριμνες ώστε η κάθε μία από αυτές τις επεμβάσεις να γίνεται με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα. 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 διατροφολόγο, τον ειδικό ψυχολόγο 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») και από αρκετές διαταραχές στον φυσιολογικό μεταβολισμό, που έχουν ως αιτία την ανεπαρκή δράση της ινσουλίνης (που οφείλεται είτε στην έλλειψή της είτε στην αδυναμία δράσης της, φαινόμενο γνωστό ως αντίσταση στη δράση της ινσουλίνης).



Στα αρχικά στάδια της νόσου δεν υπάρχουν συμπτώματα, γεγονός που καθιστά τη διάγνωση δύσκολη και δυνατή μόνο μέσα από τη διαδικασία προληπτικού ελέγχου.

Τα συμπτώματα εμφανίζονται αργότερα, όταν τα επίπεδα της γλυκόζης υπερβούν τα 200 mg% 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 μείωση της 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). Γι'αυτό το 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 (σακχά-



που) 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 αλλήλ ούτε απόλυτα φυσιολογικές (τα άτομα αυτά ήμε ότι έχουν διαταραγμένη γλυκόζη νηστείας και ανήκουν στα άτομα με προδιαβήτη. Χρειάζονται άμεση εντατικοποίηση της προσπάθειας αλλαγής του τρόπου ζωής και πιο συχνή παρακολούθηση). Συχνά στα άτομα αυτά, ειδικά αν είναι παχύσαρκα ή έχουν οικογενειακό ιστορικό διαβήτη, προτείνουμε τη διενέργεια φόρτισης με γλυκόζη.

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 τη 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 τη λήψη γλυκόζης είναι από 140 έως $200 \text{ mg\%}$, το άτομο χαρακτηρίζεται ως άτομο με διαταραγμένη ανοχή στη 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 τη μέτρηση της HbA1c (γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης: αποτελεί δείκτη των μέσων επιπέδων γλυκόζης τους τελευταίους 2 με 2.5 μήνες). Η εύρεση τιμής $> 6.5\%$ θέτει τη 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 έναν ασυμπτωματικό ενήλικο;

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

- 1 Σωματική αδράνεια (έλλειψη σωματικής δραστηριότητας)
- 2 Οικογενειακό ιστορικό (1ου βαθμού συγγενής με ΣΔ)
- 3 Αυξημένα επίπεδα πίεσης ($>140/90 \text{ mmHg}$)
- 4 Μειωμένα επίπεδα HDL χοληστερόλης ($<35 \text{ mg\%}$) ή αυξημένα επίπεδα τριγλυκεριδίων ($>250 \text{ mg\%}$)
- 5 Ιστορικό διαβήτη κύησης (σε γυναίκες)



- 6** Ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου
- 7** Ιστορικό πολυκυστικών ωοθηκών
- 8** Ιστορικό γέννας παιδιού με βάρος γέννησης >4.5 κιλά (στις γυναίκες)
- 9** Ιστορικό προδιαβήτη σε προηγούμενη εξέταση

Τα άτομα αυτά ελέγχονται μια φορά το 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 δύο ακόμα χαρακτηριστικών από τα πιο κάτω:

- 1** Οικογενειακό ιστορικό (1^{ου} βαθμού συγγενής με ΣΔ)
- 2** Σημεία ύπαρξης αντίστασης στην ινσουλίνη (υπέρταση, πολυκυστικές ωοθήκες, δυσλιπιδαιμία, μελανίζουσα ακάνθωση, ή μικρό βάρος γέννησης)
- 3** 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 τη νόσο στοχεύοντας σε τιμές HbA1c <7% (τουλάχιστον) και σε συνεννόηση με τον γιατρό τους και χαμηλότερα προσεγγίζοντας το φυσιολογικό (6%). Τιμή <6.5% είναι επιθυμητή σε νέα ιδιαίτερα άτομα, χωρίς επιπλοκές και εφόσον μπορεί να επιτευχθεί με ασφάλεια (χωρίς επιπλοκές).

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



υπέρταση

Είναι συχνή;

Η υπέρταση αποτελεί πολύ συχνή νόσο που απασχολεί περίπου το 30-45% του γενικού Ευρωπαϊκού πληθυσμού. Μεταξύ των Ευρωπαίων, οι κάτοικοι των ανατολικών χωρών πάσχουν συχνότερα σε σχέση με τους Δυτικοευρωπαίους. Τα τελευταία χρόνια βράζει αυξανόμενη η συχνότητα της υπέρτασης σε νεότερους ενήλικες και σε έφηβους. Στο τελευταίο αυτό φαινόμενο σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν οι διατροφικές και κοινωνικές στρεβλώσεις που στις μέρες μας αποτελούν τον κανόνα της καθημερινότητας.

Πράγματι όλο και περισσότεροι νέοι είναι παχύσαρκοι, δεν προσέχουν τη σωματική τους υγεία, λαμβάνουν τροφή υψηλού θερμιδικού δείκτη και υπερβολικού αλτατιού. Η μεσογειακή διατροφή δεν εφαρμόζεται ευρέως διότι είναι λιγότερο προσιτή, τροποποιείται για εμπορικούς λόγους και πολλές φορές είναι περισσότερο ακριβή.

Είναι σημαντική;

Η υπέρταση είναι πολύ σημαντική γιατί προδιαθέτει για μελλοντικά εγκεφαλικά και καρδιακά (καρδιαγγειακά) επεισόδια. Επίσης οι υπερτασικοί σε σχέση με τους μη υπερτασικούς έχουν συντριπτικά μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν βλάβες στους οφθαλμούς, στους νεφρούς και στα αγγεία. Ακραίες αλλήλα όχι σπάνιες επιπλοκές της μη θεραπευόμενης ή αδιάγνωστης υπέρτασης πέραν των καρδιαγγειακών επεισοδίων, είναι η νεφρική ανεπάρκεια, τα ανευρύσματα στην αορτή, η τύφλωση. Αλλά για να γνωρίζουμε ότι πάσχουμε από υπέρταση θα πρέπει να μετράμε σε τακτική βάση (ανάλογα με την ηλικία και τις ιδιαιτερότητες υγείας του καθενός) την αρτηριακή μας πίεση.

μέτρηση αρτηριακής πίεσης - διάγνωση υπέρτασης

Η υπέρταση είναι η αύξηση της αρτηριακής πίεσης που μετράμε με το πιεσόμετρο πάνω από τα επιστημονικά τεκμηριωμένα όρια. Στο ιατρείο, για την μεγάλη (συστολική) αρτηριακή πίεση το ανώτερο φυσιολογικό όριο είναι 140mmHg, ενώ για την μικρή (διαστολική) αρτηριακή πίεση το ανώτερο φυσιολογικό όριο είναι 90mmHg. Έτσι λοιπόν, ένας ενήλικας με τιμές αρτηριακής πίεσης >140/90mmHg στο ιατρείο συγκαταλέγεται μεταξύ των υπερτασικών. Η επιβεβαίωση της υπέρτασης γίνεται σε 2 διαφορετικές ιατρικές επισκέψεις όπου και στις 2 η αρτηριακή πίεση θα πρέπει να είναι >140/90mmHg.



Το 13% του πληθυσμού στο οποίο μετράμε την αρτηριακή πίεση στο ιατρείο παρουσιάζει υπέρταση της λευκής μπιλούζας. Αυτό σημαίνει ότι τα άτομα με υπέρταση της λευκής μπιλούζας έχουν παθολογικές (υπερτασικές) τιμές αρτηριακής πίεσης στο ιατρείο ενώ στο σπίτι (ή εκτός ιατρείου) οι τιμές της αρτηριακής πίεσης είναι φυσιολογικές. Τα άτομα αυτά θα πρέπει να παρακολουθούνται τακτικά γιατί υπάρχουν πολύ αυξημένες πιθανότητες να κάνουν υπέρταση και στο σπίτι (ή εκτός ιατρείου). Ο τρόπος για να διαπιστώσει κάποιος αν έχει υπέρταση λευκής μπιλούζας είναι να μετράει την πίεσή του εκτός του ιατρείου (μετρήσεις στο σπίτι ή 24ωρη καταγραφή αρτηριακής πίεσης με ειδική συσκευή).

Τόσο στο σπίτι όσο και στο ιατρείο, η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης είναι μία πολύ σημαντική διαδικασία και θα πρέπει να γίνεται σωστά:

- 1** Μετράμε την πίεση 2 φορές σε κάθε επίσκεψη στο ιατρείο ή 2 φορές στο σπίτι με χρονική απόσταση 5 λεπτών.
- 2** Θα πρέπει να εφαρμόζουμε την περιχειρίδα στο βραχίονα με τη μεγαλύτερη πίεση, καθ' ότι μεταξύ των δύο άνω άκρων η αρτηριακή πίεση δεν είναι ακριβώς η ίδια (κάθε άτομο μπορεί να έχει λίγο μεγαλύτερη πίεση στο ένα άνω άκρο σε σχέση με το άλλο).
- 3** Η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης γίνεται μετά από ανάπαυση σε καθιστή θέση για τουλάχιστον 5 λεπτά σε ήσυχο δωμάτιο, ενώ δεν θα πρέπει να έχει προηγηθεί έντονο ψυχικό ή σωματικό stress, χρήση καπνού, καφέ ή οινόπνευματος.
- 4** Το άνω άκρο που μετράμε την πίεσή μας θα πρέπει να τοποθετείται επάνω σε σταθερή επιφάνεια (π.χ. τραπέζι) και ο βραχίονας να είναι στο ύψος της καρδιάς. Τα κάτω άκρα πρέπει να ακουμπάνε και τα 2 στο πάτωμα, ενώ δεν θα πρέπει να μετράμε την πίεση σταυροπόδι.



- 5** Στο ιατρείο η μέτρηση της πίεσης θα πρέπει να γίνεται και σε όρθια θέση, έτσι ώστε να αποκλειστεί ορθοστατική υπόταση που είναι πιο συχνή στους ηλικιωμένους και στους διαβητικούς.
- 6** Τα πιεσόμετρα που μετράνε σωστά την αρτηριακή πίεση είναι αυτά που τοποθετούνται στο βραχίονα και όχι στον καρπό. Επίσης, μεταξύ των πιεσόμετρων του βραχίονα υπάρχουν πολλά που μετράνε λάθος την αρτηριακή πίεση. Οι ασθενείς θα πρέπει να συμβουλευούνται τον γιατρό τους ή το φαρμακοποιό τους για το ποια πιεσόμετρα θεωρούνται έγκυρα και άρα κάνουν αξιόπιστες μετρήσεις.

ιδιοπαθής ή δευτεροπαθής υπέρταση;



Όταν έχει γίνει διάγνωση υπέρτασης, θα πρέπει να γνωρίζουμε αν αυτή είναι ιδιοπαθής ή δευτεροπαθής. Αυτή η πληροφορία είναι πολύ σημαντική και μπορεί να τη δώσει ο ιατρός σε κάθε ασθενή ξεχωριστά μετά από τον ενδεικνυόμενο έλεγχο. Βέβαια στο 95% των περιπτώσεων η υπέρταση είναι ιδιοπαθής και δεν υπάρχει κάποιο αίτιο για το οποίο η αρτηριακή πίεση αυξάνεται. Επιβαρυντικοί παράγοντες για την υπέρταση είναι η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης, το κάπνισμα και η υψηλή χοληστερόλη. Μία συχνή νοσηρότητα που συνοδεύει την ιδιοπαθή υπέρταση είναι η υπνική άπνοια που συναντάται στο 15-20% των υπερτασικών. Πράγματι ο ανήσυχος και μη ξεκούραστος ύπνος που συνοδεύεται από νυκτερινές άπνοιες και ροχαλητό, θα πρέπει να διερευνάται στον υπερτασικό ασθενή. Στο 5% των περιπτώσεων η υπέρταση είναι δευτεροπαθής και οφείλεται σε παθήσεις των νεφρών, των νεφρικών αρτηριών, σε στένωση του ισθμού της αορτής και σε (σπάνια) ορμονολογικά νοσήματα.

εξετάσεις στους υπερτασικούς

Στους υπερτασικούς ασθενείς είναι απαραίτητος ένας αρχικός έλεγχος που ανά τακτά χρονικά διαστήματα -που ποικίλουν από ασθενή σε ασθενή- θα πρέπει να επαναλαμβάνεται. Αυτός περιλαμβάνει την καταγραφή του σωματικού βάρους, των συνήθειων ζωής (κάπνισμα, διατροφή, κατανάλωση αλάτος), εξετάσεις αίματος (κρεατινίνη, κάλιο, κακή χοληστερόλη, σάκχαρο, γενική ούρων) και καρδιογράφημα. Υπερηχογράφημα καρδιάς και ενδεχόμενα των νεφρών είναι επίσης εξετάσεις που συνιστώνται αρκετά συχνά από τους θεράποντες ιατρούς.

Θεραπεία υπέρτασης



Διαχωρίζεται σε μη φαρμακευτική και φαρμακευτική. Ο στόχος είναι η μείωση της αρτηριακής πίεσης κάτω από τα συνητώμενα όρια που είναι διαφορετικά για κάθε εξεταζόμενο και εξαρτώνται κυρίως από την ηλικία και την ύπαρξη ή όχι σακχαρώδη διαβήτη. Γενικά για τους περισσότερους υπερτασικούς η αρτηριακή πίεση θα πρέπει να μειώνεται κάτω του 140/90mmHg. Η μείωση της αρτηριακής πίεσης εντός του στόχου (που εξατομικεύεται από τον θεράποντα ιατρό) μεταφράζεται σε κέρδος από τις επιπλοκές της υπέρτασης: μείωση του κινδύνου εγκεφαλικών, μείωση του κινδύνου εμφραγμάτων, μείωση του κινδύνου νεφρικής ανεπάρκειας κτλ.

Τα μη φαρμακευτικά μέσα για την μείωση της αρτηριακής πίεσης που εφαρμόζονται ανεξαιρέτως στους υπερτασικούς ασθενείς, περιλαμβάνουν: μείωση της κατανάλωσης άλατος, μείωση του σωματικού βάρους, τακτική (σε καθημερινή περίπου βάση) σωματική άσκηση, διακοπή του καπνίσματος, περιορισμός της χρήσης αλκοόλ σε επίπεδο ενός κεράσματος κάποιου συγκεκριμένου ποτού την ημέρα και αύξηση της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών.

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την μείωση της αρτηριακής πίεσης στους υπερτασικούς είναι διαφορετικά και η χρήση τους εξαρτάται από την εμπειρία των θεραπόντων και τις ιδιαιτερότητες του κάθε υπερτασικού ασθενή ξεχωριστά. Υπάρχουν κατηγορίες φαρμάκων που χορηγούνται μία ή περισσότερες φορές την ημέρα, σε διαφορετικές δόσεις και κάθε φάρμακο στην ίδια δόση είναι περισσότερο ή λιγότερο αποτελεσματικό σε διαφορετικούς ασθενείς. Επίσης τα φάρμακα της υπέρτασης μπορούν να χορηγούνται σε συνδυασμούς για αύξηση της αντιυπερτασικής αποτελεσματικότητας όταν κρίνεται σκόπιμο από το θεράποντα ιατρό.

Συχνές ερωτήσεις ασθενών: απαντήσεις



E1: Η φαρμακευτική αγωγή στην υπέρταση διακόπτεται;

A1: Συνήθως τα φάρμακα της υπέρτασης δεν διακόπτονται γιατί η υπέρταση είναι νόσος που εφόσον διαγνωστεί σωστά, δεν εξαφανίζεται μετά από κάποιο χρονικό διάστημα. Βέβαια τροποποιήσεις στην φαρμακευτική αγωγή είναι ο κανόνας και υπαγορεύονται από την συμμόρφωση των ασθενών, ενδεχόμενες παρενέργειες των φαρμάκων, την επίτευξη ή όχι των στόχων της αρτηριακής πίεσης που είναι διαφορετικοί για κάθε υπερτασικό και τέλος από τον περιοδικό εργαστηριακό έλεγχο στον οποίο υποβάλλονται οι υπερτασικοί ασθενείς.

Ε2: Είναι δόκιμο να χορηγούμε αντιυπερτασικά φάρμακα σε παιδιά και εφήβους;

A2: Όχι, στην συντριπτική πλειοψηφία των παιδιών και εφήβων η χρήση αντιυπερτασικών φαρμάκων είναι μη συνιστώμενη. Αντιθέτως, σε περίπτωση υπέρτασης σε μικρή ηλικία και εφόσον έχει αποκλειστεί η δευτεροπαθής υπέρταση, θα πρέπει να υπάρχει αύξηση της ευαισθητοποίησης των παιδιών και των γονέων τους για εφαρμογή τροποποίησης των συνηθειών ζωής: άσκηση, καλή διατροφή. Τα παιδιά και οι έφηβοι είναι κατά βάση υγιείς οργανισμοί και τα φάρμακα δεν έχουν τη δυναμική να ξεπεράσουν την αποτελεσματικότητα των μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων.

Ε3: Πρέπει να γίνεται μείωση των αντιυπερτασικών φαρμάκων το καλοκαίρι;

A3: Μιλώντας για την Ελλάδα, όπου τα τελευταία χρόνια επικρατεί καύσωνας πολλές ημέρες κατά τη διάρκεια του καλοκαιριού, ενδεχόμενη τροποποίηση της αγωγής κατά τη διάρκεια της θερινής περιόδου (μείωση δοσολογίας) θα πρέπει να εξατομικεύεται και να γίνεται από τον θεράποντα ιατρό. Για παράδειγμα, σε υπερτασικούς που λαμβάνουν διουρητικά, η δοσολογία τους μπορεί να περιορίζεται κατά τη θερινή περίοδο. Επίσης, η λήψη αποκλειστών διαύλων ασβεστίου κατά τη θερινή περίοδο μπορεί να συνδυάζεται με πιο έντονα (πολλές φορές ενοχλητικά) οιδήματα κάτω άκρων.

λιπίδια

Τα καρδιαγγειακά επεισόδια αποτελούν μία από τις σημαντικότερες αιτίες θανάτου στις αναπτυγμένες χώρες. Τέτοια επεισόδια περιλαμβάνουν το έμφραγμα του μυοκαρδίου, το οξύ στεφανιαίο επεισόδιο, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και το παροδικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Πέραν των θανάτων που μπορεί να προκαλέσουν τα επεισόδια αυτά, συχνά συνοδεύονται από αναπηρία. Η πρόληψή 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 τη μορφή της αυξημένης LDL χοληστερόλης (κακή χοληστερόλη) αποτελεί τον σπουδαιότερο παράγοντα που μπορεί να τροποποιηθεί.

Τα λιπίδια του αίματός 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 τη 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 «επιστρέφοντάς» 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 τη 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 τη 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, καπνιστές, οικογενειακό ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου) αλλά και για όλους τους ενήλικες. 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 $\text{LDL} <130 \text{ mg\%}$, ενώ για τους πολύ χαμηλού κινδύνου (νέοι, χωρίς υπέρταση, χωρίς οικογενειακό ιστορικό, χωρίς διαβήτη) $\text{LDL} <160 \text{ mg\%}$.

Οι τιμές αυτές ειδικά για τα άτομα με στεφανιαία νόσο ή διαβήτη απαιτούν στη συντριπτική τους πλειοψηφία (σχεδόν στο 100%) τη χορήγηση φαρμάκου της κατηγορίας των στατινών.

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

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

Lower Cholesterol



Taking Medicine



Healthy Diet



Losing Weight



Exercise

κάπνισμα

Το κάπνισμα είναι πολύ συχνό σε ολόκληρο τον κόσμο, είναι εχθρός της καρδιαγγειακής και γενικότερης υγείας, ενώ τα οφέλη από τη διακοπή του είναι αποδεδειγμένα. Οι ετήσιοι θάνατοι που μπορούν να αποδοθούν στο κάπνισμα ετησίως είναι άνω του 25% των θανάτων στις Δυτικού τύπου κοινωνίες.

Σύμφωνα με το περιοδικό Economist του Μαρτίου 2008, η Ελλάδα είναι η πρωταθλήτρια ανά τον κόσμο χώρα σε αριθμό κατανάλωσης τσιγάρων ανά άτομο το έτος 2007 (3.000 τσιγάρα/άτομο/έτος). Στην ίδια λίστα η δεύτερη και τρίτη θέση καταλαμβάνονται περίπου ισοδύναμα από τους Ουκρανούς και τους Σλοβένους (2.500 τσιγάρα/άτομο/έτος), ενώ οι Αμερικανοί ευρίσκονται στην 41η θέση με καπνιστικό φορτίο 1.300 τσιγάρα/άτομο/έτος.

από τι αποτελείται ένα τσιγάρο;

Χαρτί, πίσσα, νικοτίνη είναι τα κύρια βλαπτικά συστατικά του τσιγάρου που με τη καύση τους παράγουν σημαντικό αριθμό ανθυγιεινών ουσιών. Η νικοτίνη είναι εθιστική αληθιά όχι καρκινογόνος. Τα τσιγάρα χαμηλότερης πίσσας και νικοτίνης (τσιγάρα Light) φαίνεται να μην συνοδεύονται από συγκριτικά μικρότερο κίνδυνο υγείας σε σχέση με τα τσιγάρα με τις κλασικά μεγαλύτερες περιεκτικότητες.

πώς το κάπνισμα οδηγεί σε καρδιαγγειακά επεισόδια;

Τα βλαπτικά συστατικά που έχει το τσιγάρο προκαλούν ενίσχυση της αθηροσκλήρωσης και της πηκτικότητας του αίματος. Η εσωτερική φόδρα (ενδοθήλιο) των αγγείων καταστρέφεται και ευνοείται η αυτόματη παραγωγή θρόμβων. Το τελικό αποτέλεσμα είναι η ανάπτυξη θρομβωτικών επεισοδίων στο επίπεδο της καρδιάς και των αγγείων. Με αυτό τον τρόπο οι καπνιστές παθαίνουν πιο εύκολα σε σχέση με τους μη καπνιστές εμφράγματα στην καρδιά, εγκεφαλικά επεισόδια, ενώ οι μεγάλες αρτηρίες των κάτω άκρων σταδιακά φράζουν και δημιουργείται αδυναμία στη βάδιση και πόνος στα πόδια. Τέλος, οι καπνιστές αναπτύσσουν πιο εύκολα ανευρύσματα της αορτής που πολλές φορές με την πάροδο του χρόνου είναι δυνητικά θανατηφόρα. Όταν το κάπνισμα του τσιγάρου συνοδεύεται από επιπρόσθετους παράγοντες κινδύνου όπως

υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, σακχαρώδης διαβήτης, αυξάνονται σημαντικά τα θανατηφόρα ή μη θανατηφόρα επεισόδια στην καρδιά και τα αγγεία. Το παθητικό κάπνισμα είναι επίσης επικίνδυνο και οδηγεί στα ίδια αποτελέσματα όπως το ενεργητικό κάπνισμα αν και με μικρότερη ένταση.

διακοπή του καπνίσματος: οφέλη

Η διακοπή του καπνίσματος μειώνει τον υπερβολικά αυξημένο κίνδυνο για εκδήλωση στεφανιαίας νόσου. Στο πρώτο έτος από τη διακοπή του καπνίσματος, ο κίνδυνος που είχε ο καπνιστής για να πάθει καρδιαγγειακό επεισόδιο μειώνεται κατά 50%. Στα 15 έτη από τη διακοπή του καπνίσματος, ο κίνδυνος καρδιαγγειακών επεισοδίων εξισώνεται με αυτόν που δεν έχουν καπνίσει ποτέ.

διακοπή του καπνίσματος: δυσκολίες

Οι περισσότεροι από αυτούς που προσπαθούν να διακόψουν το κάπνισμα βιώνουν σύνδρομο στέρησης, που είναι ένας συνδυασμός σωματικών και ψυχολογικών φαινομένων που καθιστά δύσκολη τη διακοπή του καπνίσματος. Από την ημέρα απόπειρας της διακοπής και για λιγότερο από 1 μήνα, τα άτομα γίνονται νευρικά και ευέξαπτα ενώ ταυτόχρονα ενδέχεται να παρουσιάσουν διαταραχές ύπνου και αϋπνία. Η όρεξη αυξάνεται όπως και το σωματικό βάρος για χρονική περίοδο που ξεπερνά τις 10 εβδομάδες. Σε ορισμένες περιπτώσεις αναπτύσσεται παροδική καταθλιπτική διάθεση για λίγες μόνο εβδομάδες.

Το 70% των καπνιστών δηλώνει ότι θέλει να διακόψει το κάπνισμα, το 40% κάνει 1 τουλάχιστον προσπάθεια ανά έτος, το 80% που επιχειρούν διακοπή χωρίς την υποστήριξη ειδικών υποτροπιάζει πολύ γρήγορα, ενώ τέλος το μόνο 3% συνεχίζει να μην καπνίζει στους 6 μήνες.

τρόπος διακοπής καπνίσματος

Η ατομική θέληση διακοπής καπνίσματος είναι προαπαιτούμενο. Όλοι θα πρέπει να είναι γνώστες ότι το κάπνισμα οδηγεί σε καρκίνο, καρδιαγγειακά επεισόδια και καταστροφή των πνευμόνων. Όλοι θα πρέπει να έχουν επίγνωση ότι



η διακοπή του καπνίσματος βελτιώνει τη φυσική κατάσταση, την αποδοτικότητα στην εργασία και μειώνει σταδιακά όλο και περισσότερο με την πάροδο του χρόνου την πιθανότητα εκδήλωσης καρδιαγγειακής νόσου.

Η βοήθεια από ειδικές ομάδες (ιατρούς, ψυχολόγους κτλ) είναι αποδεδειγμένα περισσότερο αποτελεσματική σε σχέση με την ατομική θέληση από μόνη της. Υπάρχουν διαφορετικά φάρμακα, υποκατάστατα νικοτίνης και ψυχολογικές παρεμβάσεις που σε συνδυασμό ή όχι μπορούν να αυξήσουν τις πιθανότητες διακοπής του καπνίσματος.



Από το 2008 έχουν εισαχθεί τα ηλεκτρονικά τσιγάρα ως υποκατάστατα νικοτίνης, εν γένει υποκατάστατα της όλης καπνιστικής διαδικασίας, προωθούνται στους καταναλωτές ως λιγότερο επιβλαβή για την υγεία σε σχέση με τα παραδοσιακά τσιγάρα και τέλος ως μέσο για την οριστική διακοπή του καπνίσματος. Τα ηλεκτρονικά τσιγάρα με ή χωρίς νικοτίνη παράγουν «ατμό» και επίσης περιέχουν αρωματικά έλαια. Η επίδραση των χημικών ουσιών που εμπεριέχονται στον «ατμό» των ηλεκτρονικών τσιγάρων δεν είναι πλήρως γνωστή και δεν αποκλείεται η δυσμενής τους επίδραση στον οργανισμό. Μέχρι σήμερα η διάδοση των ηλεκτρονικών τσιγάρων δεν περνάει από κανένα είδος έγκρισης λόγω νομοθετικών κενών παγκοσμίως. Την 24η Απριλίου 2014, η Αμερικανική Επιτροπή Ελέγχου Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) εξέδωσε οδηγία ότι κάθε μορφή ηλεκτρονικού τσιγάρου που θα διατίθεται στους καταναλωτές, θα πρέπει προηγουμένως να ελέγχεται. Με τα μέχρι σήμερα δεδομένα το ηλεκτρονικό τσιγάρο δεν θα πρέπει να θεωρείται ως μία από τις ενδεικνυόμενες μεθόδους για τη διακοπή του καπνίσματος και η χρήση του θα πρέπει να αποθαρρύνεται.

ο ρόλος της Διατροφής στη μείωση του καρδιομεταβολικού κινδύνου

Σε παγκόσμιο επίπεδο, οι καρδιαγγειακές παθήσεις αποτελούν την κύρια αιτία θνησιμότητας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) εκτιμά ότι περίπου το 30% των θανάτων παγκοσμίως οφείλονται ή σχετίζονται άμεσα με αυτές. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, τα καρδιαγγειακά επεισόδια προκαλούν περίπου το ήμισυ του συνόλου των θανάτων (42%) και κοστίζουν στην οικονομία της ΕΕ € 169 δισεκατομμύρια το χρόνο.

Μεταξύ των παραγόντων κινδύνου που συσχετίζονται με τον τρόπο ζωής και επηρεάζουν σημαντικά τον καρδιαγγειακό κίνδυνο, περιλαμβάνεται και η διατροφή. Η διατροφή παίζει σημαντικό ρόλο, όχι μόνο στην αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων, αλλά σε μεγάλο βαθμό και στην πρόληψή τους. Η συνολική διαιτητική αγωγή πρέπει να λαμβάνει υπ' όψη όλους τους παράγοντες κινδύνου του ασθενή και να αποβλέπει στην σταδιακή αλλαγή του καθημερινού διατροφικού και στην υιοθέτηση υγιεινών επιλογών.

Τα τελευταία χρόνια πληθαίνουν τα επιστημονικά στοιχεία σχετικά με τις προστατευτικές επιπτώσεις που μπορεί να έχει στην υγεία μας μια διατροφή με αυξημένη κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και δημητριακών, μέτρια κατανάλωση ψαριών καθώς και μειωμένη ως μέτρια πρόσληψη λιπών με έμφαση στα φυτικά έλαια, που περιέχουν χαμηλή ποσότητα κεκορεσμένων λιπαρών οξέων.

Μία ενδεδειγμένη διατροφή μπορεί να συμβάλει στη μείωση των υπερλιπιδαιμιών, στη μείωση της υπέρτασης, στη ρύθμιση του σωματικού βάρους και σε συνδυασμό με την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας και την ενδεχόμενη φαρμακευτική αγωγή, να επιφέρει συνολική μείωση του κινδύνου ανάπτυξης καρδιαγγειακής νόσου.

Οι συχνότεροι παράγοντες καρδιομεταβολικού κινδύνου είναι:

- 1** η υψηλή αρτηριακή πίεση
- 2** η υπερλιπιδαιμία
- 3** ο αρρυθμιστος 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 αντιμετωπιστεί το πρόβλημα της υψηλής αρτηριακής πίεσης, πρέπει να ακολουθηθεί μία πιο υγιεινή διατροφή, με σαφή και συστηματικό περιορισμό του αλφατιού (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 αλκοόλ.

Ο περιορισμός του αλφατιού (φανερών αλάτων και του «κρυμμένου») είναι η βασικότερη διατροφική παρέμβαση για την υπέρταση. Περιορίζουμε διατροφικά στοιχεία όπως το αλάτι στο μαγειρέμα ή στο τραπέζι, τα αλμυρά τυριά, τους αλατισμένους 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 μπέικιν 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 & μπιόξυδο, σκόρδο, μουστάρδα, κρεμμύδι, πάπρικα και ντομάτα χωρίς αλάτι, ενώ αποφεύγουμε έτοιμες σάλτσες όπως σόγια σως, που περιέχουν υψηλά επίπεδα αλφατιού. Επίσης επιλέγουμε φρέσκα μυρωδικά και μπαχαρικά όπως: καγιέν, σέλινο, μοσχοκάρυδο, δυόσμο, βασιλικό, θυμάρι, ρίγανη, άνηθο, μαϊντανό, δενδρολίβανο, κανέληλα, 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, αλάτι με προσοχή.

Η δίαιτα DASH, που έχει σχεδιαστεί και προταθεί για τη μείωση της ΑΠ, στοχεύει στις θετικές επιδράσεις συγκεκριμέ-



ων τροφίμων, αηλιά και συνδυασμό αυτών, στην αρτηριακή πίεση (BP). Το διατροφικό πρότυπο DASH είναι πλούσιο σε φρούτα και λαχανικά (πηγές φυτικών ινών και καλίου), χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά γαλακτοκομικών προϊόντων, δημητριακών ολικής, οσπρίων, συχνή κατανάλωση ψαριού (βραστού ή ψητού) και πουλερικών (χωρίς το δέρμα) και περιορίζει τα πρόσθετα σάκχαρα και λίπη. Η συνολική δίαιτα που προτείνεται είναι πλούσια σε φυτικές ίνες, μαγνήσιο, κάλιο και ασβέστιο, καθώς και χαμηλή σε κορεσμένα λιπαρά οξέα (SFA), χοληστερόλη και νάτριο.

Πιο συγκεκριμένα, η δίαιτα των υπερτασικών ασθενών-Dash (Dietary Approaches to Stop Hypertension) προτείνει τα εξής:

- Υψηλή πρόσληψη φρούτων και λαχανικών (4-5 μερίδες φρούτων και 4-5 μερίδες λαχανικών την ημέρα)
- Υψηλή πρόσληψη φυτικών ινών (τουλάχιστον 25 γρ. / ημέρα)
- Υψηλή πρόσληψη γαλακτοκομικών χαμηλών σε λιπαρά (2-3 μερίδες / ημέρα)
- Υψηλή πρόσληψη άπαχου κρέατος (2 μερίδες την ημέρα, 3-4 φορές την εβδομάδα)
- Υψηλή πρόσληψη ασβεστίου, καλίου και μαγνησίου
- Χαμηλή πρόσληψη κορεσμένων λιπαρών
- Χαμηλή πρόσληψη χοληστερόλης
- Χαμηλή πρόσληψη αλταίου



Η μείωση του σωματικού βάρους αποτελεί βασικό παράγοντα πρόληψης της υπέρτασης σε υπέρβαρα άτομα. Επιπλέον, υπέρβαροι υπερτασικοί ασθενείς μπορούν να ωφεληθούν πολύ από μείωση του σωματικού τους βάρους κατά 4-5 κιλά, ενώ η απώλεια 9-10 κιλών μπορεί να μειώσει τη συστολική αρτηριακή πίεση κατά 15-20 mm Hg, καθιστώντας τη μείωση του σωματικού βάρους παράγοντα ζωτικής σημασίας στη μείωση της αρτηρικής υπέρτασης σε υπέρβαρους ασθενείς.

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.

Οι δίαιτες Step I και Step II είναι τα διαιτητικά σχήματα που συνιστώνται για την κλινική αντιμετώπιση της υψηλής χοληστερόλης του αίματος. Η δίαιτα Step I απαιτεί μία συνολική πρόσληψη λίπους μικρότερη από το 30% των συνολικών θερμίδων, με τα κορεσμένα να συμβάλλουν λιγότερο από το 10% των συνολικών θερμίδων και της χοληστερόλης κάτω από 300 mg / ημέρα. Για τα άτομα που απαιτούν μία πιο επιθετική προσέγγιση για την αντιμετώπιση της LDL-C συστήνεται η δίαιτα Step II, η οποία μειώνει τα SFA σε λιγότερο από 7% του συνόλου των θερμίδων και την προσαρτημένη χοληστερόλη λιγότερο από 200 mg / ημέρα.



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 αμύλου & 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, σορμός, τσιπούρα, γαύρος, που αποτελούν καλές πηγές ω3 λιπαρών οξέων **7** κοτόπουλο και γαλοπούλα (χωρίς το δέρμα) **8** ξηρούς καρπούς (καρύδια, αμύγδαλα) **9** μηαποβουτυρωμένα 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 πύουρο 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 προσπάθεια 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, αηλιά 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 συμβάλλει στη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης. Η διαίτα για το διαβήτη πρέπει να εξατομικεύεται απόλυτα έτσι ώστε να καλύπτει τις ιδιαίτερες ανάγκες του κάθε ατόμου με διαβήτη.



Σήμερα είναι πια κοινά αποδεκτό ότι οι υδατάνθρακες χρειάζονται στον οργανισμό των ατόμων με διαβήτη, ως πηγή ενέργειας και ότι παίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαίτα. Το ποσοστό που συστήνεται από το συνολικό ποσό των προσλαμβανομένων θερμίδων είναι 45-60%, κυρίως σύνθετοι, μέσα από λαχανικά, όσπρια, άγλυκα φρούτα και δημητριακά ολικής και αυτό που μας ενδιαφέρει κυρίως είναι η συνολική ποσότητα τους στο διατολόγιο. Επισημαίνεται ότι η σουκρόζη (κοινή ζάχαρη) πρέπει να καταναλώνεται σε μικρές ποσότητες και στα πλαίσια μιας γενικά υγιεινής διατροφής, η φρουκτόζη δεν αποτελεί πλέον το καταλληλότερο γλυκαντικό για τους διαβητικούς, αφού συμβάλλει στην αύξηση των τριγλυκεριδίων και πρέπει να προέρχεται από φυσικές πηγές σε ποσοστό <12% (φρούτα, λαχανικά και χυμού), ενώ άλλες ουσίες όπως η σορβιτόλη, η ξυλιτόλη και η μαννιτόλη μπορούν να χρησιμοποιούνται με μέτρο και κατά περίπτωση. Μπορούν τέλος να καταναλώνουν τις ολιγοθερμιδικές γλυκαντικές ύλες π.χ. στεβία, ασπαρτάμη κτλ.

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 γι' 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 ασθενής 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 7-10 % 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 αήλιά και το λιπιδαιμικό έλεχο των διαβητικών, συμβάλλοντας και στην προστασία της καρδιάς. Πέρα από την ποιότητα της προσλαμβανόμενης τροφής, είναι πολύ σημαντική και η κατανομή των γευμάτων, όπως και η σωστή κατανομή των υδατανθράκων, σε όλα τα γεύματα της ημέρας.

παχυσαρκία

Η σωστή αντιμετώπιση του υπέρβαρου ή της παχυσαρκίας απαιτεί διατροφικές, όσο και αήλιαγές συμπεριφοράς, που πρέπει να καθιερωθούν μόνιμα για να υπάρξει υγιεινό και μόνιμο αποτέλεσμα. Οι διαηητικές 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 διαηηολόγιο, 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.



διατροφικά πρότυπα για τη μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου



Σε σύγκριση με μια διατροφή χαμηλή σε λιπαρά (low-fat diets), η μεσογειακή διατροφή που είναι εμπλουτισμένη με ελαιόλαδο και ξηρούς καρπούς, πλούσια σε ψάρι, όσπρια και χορταρικά, έχει ιδιαίτερα ευεργετικά αποτελέσματα στους καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου.

Η μεσογειακή διατροφή μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο καρδιακής νόσου μέχρι 15%, σύμφωνα με δημοσιευμένες μελέτες, αν και δεν είναι ακόμα απόλυτα ξεκάθαρο αν αυτό το όφελος συχετίζεται με την κατανάλωση συγκεκριμένων διατροφικών συστατικών ή το συνδυασμό τους, στην ίδια δίαιτα.

σωματική δραστηριότητα - άσκηση

Η καθημερινή δραστηριότητα, ήπια ή πιο έντονη, μέσα από δραστηριότητες όπως το περπάτημα ή κάποιο άθλημα, στο δρόμο ή στο γυμναστήριο, παίζουν καθοριστικό ρόλο στον έλεγχο του βάρους αθλητά και τη συνολική υγεία. Αν και συνεχώς δίνονται οδηγίες για κατάλληλο διατολήγιο, δε δίνεται πάντα η απαραίτητη προσοχή και η βαρύτητα που χρειάζεται στην άσκηση και στη σωματική δραστηριότητα.

Με τον όρο σωματική δραστηριότητα αναφερόμαστε σε όλες οι σωματικές κινήσεις που έχουν ως αποτέλεσμα τη δαπάνη ενέργειας (π.χ. καθημερινές δραστηριότητες όπως οι δουλειές του σπιτιού, τα ψώνια, η δουλειά). Αντίθετα με τον όρο άσκηση αναφερόμαστε στις προγραμματισμένες και δομημένες επαναλαμβανόμενες κινήσεις που είναι σχεδιασμένες για να βελτιώσουν τη φυσική κατάσταση και υγεία.

Ο σύγχρονος τρόπος ζωής και ο καθιστικός τρόπος ζωής της εποχής μας, τα μέσα μεταφοράς και μετακίνησης έχουν οδηγήσει σε μια συνολική απραξία, που με τη σειρά της οδηγεί σε ατονία των μυών, σε επιβάρυνση των αγγείων αθλητά και σε επιβάρυνση του μεταβολισμού, που όλα οδηγούν σε χρόνιες ασθένειες όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα, η υπέρταση, ο διαβήτης και η παχυσαρκία.

Η συστηματική δραστηριότητα ή ακόμα καλύτερα άσκηση μπορεί σε μεγάλο βαθμό να βελτιώσει την καρδιακή και αναπνευστική λειτουργία, να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών και αναπνευστικών προβλημάτων, να αυξήσει την οστική μάζα (με παράλληλη πρόληψη της οστεοπόρωσης), να βελτιώσει το μυϊκό μας σύστημα. Αντίθετα, η απουσία της άσκησης φέρνει αυτά τα προβλήματα πιο κοντά και μπορεί να αυξήσει το βάρος και να οδηγήσει στην εμφάνιση παχυσαρκίας.

Η άσκηση συνοδεύεται από αύξηση της κατανάλωσης ενέργειας, που παράλληλα με ένα σωστό, ποιοτικά και ποσοστικά, πρόγραμμα διατροφής, μπορεί να συμβάλει στην απώλεια του υπερβάλλοντος βάρους ή να προλάβει την εμφάνιση προβλημάτων βάρους. Σε άτομα που είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα, η αύξηση της σωματικής δραστηριότητας μπορεί να βοηθήσει μέσα από την απώλεια βάρους, όταν βέβαια συνδυαστεί με μια υποθερμιδική δίαιτα, βελτιώνοντας τη σύσταση σώματος, μέσα από τη διατήρηση του μυϊκού ιστού και την απώλεια σωματικού λίπους. Δυστυχώς σύμφωνα με επίσημα στοιχεία, το 70% του πληθυσμού στις δυτικοποιημένες χώρες δεν έχει επαρκή επίπεδα σωματικής δραστηριότητας,



ενώ τα ποσοστά παχυσαρκίας και διαβήτη αυξάνοντας με ρυθμό επιδημίας.

Ταυτόχρονα, η φυσική δραστηριότητα μπορεί να βελτιώσει την ψυχολογία, μειώνοντας τα επίπεδα άγχους και στρες, να βελτιώσει τη συνολική διάθεση και να περιορίσει την εμφάνιση διαταραχών όπως είναι η κατάθλιψη, η οργή και ο θυμός, ενώ η βελτίωση της εικόνας του σώματος οδηγεί σε αυξημένη αυτοπεποίθηση.

Είναι σημαντικό λοιπόν για την ενδυνάμωση και την προστασία του καρδιαγγειακού συστήματος, αλλά ταυτόχρονα τη ρύθμιση του βάρους, της πίεσης και των επιπέδων γλυκόζης, να συμπεριληφθούν στο ημερήσιο πρόγραμμά μας καθημερινές δραστηριότητες όπως η μετακίνηση με τα πόδια και το περπάτημα, το ποδήλατο, το ανέβασμα και κατέβασμα σκαλοπατιών, οι δουλειές του σπιτιού, το κοχύμπι και τα ψώνια.



Επιδημιολογικές έρευνες δείχνουν ότι η άσκηση, δηλαδή η οργανωμένη φυσική δραστηριότητα τουλάχιστον τρεις με τέσσερις φορές την εβδομάδα από 30-45 λεπτά, έχει θετική επίδραση στην υγεία μας και μας βοηθάει να ελέγχουμε το βάρος μας. Ειδικότερα, μία άσκηση 150 λεπτών την εβδομάδα συστήνεται για την καλύτερη ρύθμιση του σαχάρου. Τα οφέλη της άσκησης στην υγεία της καρδιάς υφίστανται ακόμα και με μέτρια επίπεδα δραστηριότητας, ενώ είναι μεγαλύτερα σε όσους σταδιακά οδηγούνται σε μέτρια δραστηριότητα, μετά από μια καθιστική ζωή. Δραστηριότητες όπως το συστηματικό περπάτημα ή το ποδήλατο έχουν σχετιστεί με μειωμένο κίνδυνο καρδιακής νόσου.

Ένταση άσκησης: Για να διαπιστώσουμε την ένταση της άσκησης χρησιμοποιούμε την καρδιακή συχνότητα, η οποία δε θα πρέπει να υπερβαίνει την τιμή που προκύπτει από την αφαίρεση 200 μείον την ηλικία σας. Το ευνοϊκότερο επίπεδο έντασης μπορεί να προσδιοριστεί από τον παρακάτω τύπο: 180 μείον την ηλικία σας. Για παράδειγμα ένας 50χρονος θα πρέπει να κρατάει την καρδιακή του συχνότητα γύρω στους 130 σφυγμούς ανά λεπτό.

οδηγίες για την άσκηση από την Αμερικανική Καρδιολογική Εταιρεία



Για να καταφέρετε να ενσωματώσετε την άσκηση στη ζωή σας και να εισπράξετε μόνο τις θετικές επιπτώσεις της, ακολουθείστε τις παρακάτω οδηγίες:

- 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. Όταν έχει ζέση μειώστε τον ρυθμό, δείξτε μεγαλύτερη ευαισθησία σε τυχόν συμπτώματα και πίνετε πολλά υγρά πριν και μετά την άσκηση.
- 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. 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.

διατροφή και υγεία

Η διατροφή μας, όπως αποδεικνύεται από πολυάριθμες ιατρικές μελέτες, αποτελεί έναν από τους πιο καθοριστικούς παράγοντες στην εξέλιξη της αθηρωματικής νόσου («φράξιμο» των αγγείων της καρδιάς - έμφραγμα).

Η διατροφή μας επηρεάζει τα επίπεδα γλυκόζης αίματος, αφού όταν τρώμε τροφές, κυρίως με υδατάνθρακες, ανεβαίνει προσωρινά το σάκχαρό μας, προκαλώντας οξειδωτικές βλάβες στα αγγεία και προάγοντας την αθηρωμάτωση, για να ξανακατέβει στα επίπεδα νηστείας σε περίπου δύο ώρες μετά το γεύμα. 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.

Επηρεάζει επίσης τα επίπεδα των λιπιδίων του αίματος, όπως η χοληστερόλη και τα τριγλυκερίδια, συμβάλλοντας έτσι στην προστασία ή την προδιάθεση για εμφάνιση καρδιαγγειακών επεισοδίων.

Τι είναι όμως η διατροφή και 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 λαμβάνει 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. Επίσης αφορά την παρουσία εξειδικευμένων συστατικών με αποδεδειγμένη αντιοξειδωτική και αντιαθηρωγόνο δράση (ωμέγα 3, ρεσβερατρόλη, ηλυκοπένιο, φλαβονοειδή κ.ά.).

Ένα δεύτερο πράγμα το οποίο καταναλώνουμε είναι η ποσότητα, δηλ. οι θερμίδες. Οι θερμίδες προέρχονται από τα βασικά (μακροθρεπτικά) συστατικά της τροφής που είναι: οι υδατάνθρακες, οι πρωτεΐνες και τα λιπαρά.

Υδατάνθρακες, που περιλαμβάνουν τα ζάχαρα και το άμυλο,

τα βρίσκουμε σε τρόφιμα όπως είναι το ψωμί, το ρύζι, οι πατάτες, τα φρούτα, τα μακαρόνια, τα γλυκά και τα λαχανικά.

Πρωτεΐνες βρίσκουμε σε τρόφιμα όπως το κρέας, το ψάρι, το κοτόπουλο, αλλιά και φυτικές τροφές όπως τα όσπρια και τα δημητριακά.

Λιπαρά μπορούμε να πάρουμε τόσο από ζωϊκές όσο και φυτικές διατροφικές πηγές και είναι το ελαιόλαδο (μονοακόρεστο), τα σπορέλαια και τα ιχθυέλαια (πολυακόρεστα) αλλιά και το βούτυρο και τα λιπαρά από τυριά και κρέατα (κορεσμένα).



Όλα αυτά θα φτάσουν, μέσα από τη διαδικασία της πέψης, στο στομάχι μας και από εκεί και πέρα θα αποθηκευτούν και θα περάσουν στο αίμα. Η πέψη δεν γίνεται βέβαια αυτόματα, αλλιά σταδιακά, μέσα από κάποιους μηχανισμούς οι οποίοι ελέγχουν και ελέγχονται από διάφορα ορμονικά συστήματα.

Ένα βασικό ορμονικό σύστημα το οποίο επηρεάζεται κάθε φορά που εμείς τρώμε κάτι είναι το σύστημα ισορροπίας σακχάρου-ινσουλίνης. Τί σημαίνει αυτό; Όλοι ξέρουμε ότι όταν τρώμε, το σάκχαρό μας ανεβαίνει. Πώς ανεβαίνει όμως;

- 1 Είτε αργά, γιατί αυτό που φάγαμε περιείχε σύνθετους υδατάνθρακες (τρόφιμα χαμηλού γλυκαιμικού δείκτη), δηλαδή τρόφιμα με άμυλο και φυτικές ίνες π.χ. προϊόντα ολικής αλέσεως, όπως φρούτα, όσπρια και λαχανικά.
- 2 Είτε ανεβαίνει γρήγορα, γιατί αυτό που φάγαμε περιείχε απλά σάκχαρα, μονοσακχαρίτες και δισακχαρίτες, με αποτέλεσμα αυτοί να απορροφηθούν γρήγορα (τα οποία είναι συνήθως τρόφιμα υψηλού γλυκαιμικού δείκτη). Τέτοια τρόφιμα είναι το άσπρο ψωμί, τα άσπρα και πολύ βρασμένα μακαρόνια, το λευκό ρύζι, οι ψιτές και οι τηγανιτές πατάτες και οδηγούν στη γρήγορη άνοδο του σακχάρου μας.

Φυσικά σε έναν άνθρωπο με ισορροπημένο οργανισμό, το σάκχαρο επανέρχεται γρήγορα στα φυσιολογικά επίπεδα (εκτός από τα άτομα με διαβήτη). Η επαναφορά του σακχάρου δεν γίνεται αυτόματα αλλιώς με την επίδραση μιας ορμόνης που παράγεται στο πάγκρεας και λέγεται ινσουλίνη. Ανάλογα με την ποιότητα λοιπόν της τροφής μας και των τροφίμων που καταναλώνουμε, μπορεί να έχουμε είτε αργή και σταδιακή απορρόφηση των σακχάρων, με αποτέλεσμα τη μικρή και σταδιακή έκκριση ινσουλίνης, ενώ στην περίπτωση που έχουμε απότομη αύξηση των σακχάρων, έχουμε και απότομη έκκριση ινσουλίνης.



Μία άλλη επιπλοκή από την έκκριση της ινσουλίνης είναι η πείνα. Αυτή καθορίζει την πρόσληψη της τροφής και επηρεάζει βέβαια τη συνολική ποσότητα. Έτσι, ενώ γενικά τρώμε για να αισθανθούμε καλά, να αισθανθούμε ευεξία, ζωντάνια, καθαρή σκέψη, όρεξη για δουλειές, για κίνηση και περπάτημα ή ακόμα και για διανοητική εργασία, η κατανάλωση μεγάλου όγκου φαγητού οδηγεί στη δυσθυμία και τη κακή διάθεση.

Τέλος, τόσο η μεγάλη έκκριση ινσουλίνης αλλιώς και η μεγάλη ποσότητα της προσλαμβανόμενης τροφής (θερμίδες και λίπος) οδηγούν στη λιποαποθήκευση. Αυτή οφείλεται τόσο στο γεγονός ότι η ινσουλίνη είναι αναβολική ορμόνη και είναι η βασική αιτία για την οποία αποθηκεύεται το λίπος, όσο και στο ότι η προσλαμβανόμενη ενέργεια είναι μεγαλύτερη από τη συνολική καταναλισκόμενη.

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. πολυσπορα προϊόντα, 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. (2013 – 2014)

Πρόεδρος:	Ι. Κυριαζής
Αντιπρόεδρος:	Ε. Χατζηαγγελιάκη
Γεν. Γραμματέας:	Ι. Ιωαννίδης
Ταμίας:	Α. Λαλιούσης
Μέλη:	Χ. Δημοσθενόπουλος
	Ρ. Ευθυμιάδου
	Κ. Θωμόπουλος

Ευχαριστίες

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

Δημοσθενόπουλος Χάρης

Κλινικός Διαιτολόγος, Βιολόγος,
Προϊστάμενος Διαιτολογικού Τμήματος Λαϊκού Νοσοκομείου Αθηνών

Θωμόπουλος Κωνσταντίνος

Καρδιολόγος, Επιμελητής Καρδιολογικού Τμήματος, Υπεύθυνος Ιατρείου Υπέρτασης,
Γ.Ν.Μ.Α. «Είλενα Βενιζέλου»

Ιωαννίδης Ιωάννης

Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Β' Παθολογική Κλινική
Υπεύθυνος Ιατρείου Διαβήτη - Παχυσαρκίας,
«Κωνσταντοπούλειο» Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας

Κυριαζής Ιωάννης

Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ,
Α' Παθολογική Κλινική, Ιατρείο Διαβήτη - Παχυσαρκίας, 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.



Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν.

Εταιρεία Μελέτης Παραγόντων Κινδύνου για Αγγειακά Νοσήματα

Ιακ. Δραγάτση 8, 185 35 Πειραιάς (Όροφος 4 - Γραφείο 9)

t / f: 210 4953646, e: info@empakan.gr, w: www.empakan.gr