

ΣΤΟΥΣ ΡΥΘΜΟΥΣ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ
ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ
HELLENIC HEART FOUNDATION



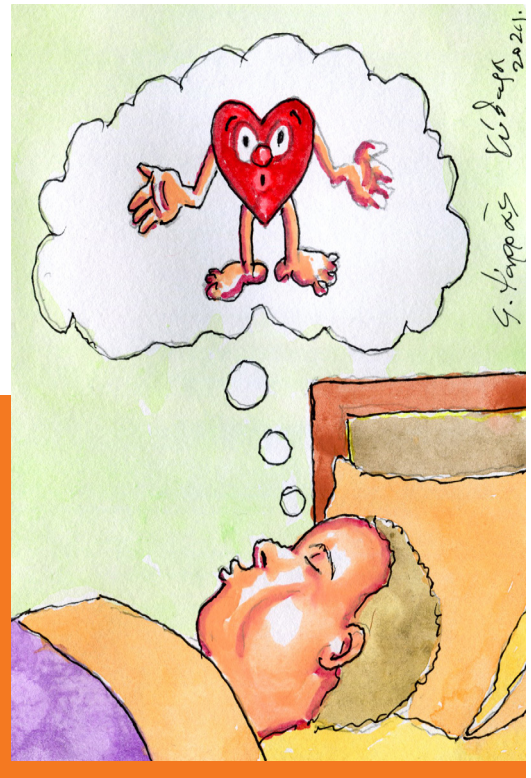
Μεσημεριανός ΰπνος και καρδιαγγειακός κίνδυνος

Ιωάννης Ευθυμιάδης

Καρδιολόγος, Βιοκλινική Θεσσαλονίκης

Ο ύπνος θεωρείται ευρέως ότι είναι μια διαδικασία αναζωογόνησης και αποκατάστασης για ολόκληρο τον οργανισμό, ενώ βοηθά να αποθηκευτούν αναμνήσεις και μαθησιακό περιεχόμενο. Μέχρι πριν από μερικές δεκαετίες, ο ύπνος θεωρείτο ότι ήταν μια παθητική κατάσταση της καθημερινής μας ζωής, χωρίς ενεργό δραστηριότητα. Σήμερα γνωρίζουμε, ότι όταν κοιμόμαστε ο εγκέφαλός μας είναι πολύ δραστήριος, ενώ ενεργοποιείται μια πολύπλοκη δραστηριότητα των αυτόνομων καρδιαγγειακών μηχανισμών.

Ο μεσημεριανός ύπνος (*siesta – daytime nap*) αποτελεί μια συνήθεια για τους ανθρώπους σε όλο τον κόσμο, που σε γενικές γραμμές θεωρείται καλός για την υγεία.



Η κοινή αντίληψη θέλει τον ύπνο μέσα στην ημέρα να βελτώνει την απόδοση και να εξισορροπεί τις αρνητικές συνέπειες της έλλειψης βραδινού ύπνου.

Έχει συσχετισθεί, όμως, με την **καρδιαγγειακή νόσο** (στεφανιαία νόσο, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, νόσο των αρτηριών του σώματος), με την καρδιακή ανεπάρκεια, με την εμφάνιση κολπικής μαρμαρυγής, με το σακχαρώδη διαβήτη, με την παχυσαρκία.

Θα δούμε παρακάτω στο κείμενο πότε οφείλει ο μεσημεριανός ύπνος, αλλά και ο νυχτερινός ύπνος και πότε βλάπτει την καρδιά και τα αγγεία μας.

Φάσεις ύπνου

Ο ύπνος δεν αποτελεί μια ενιαία κατάσταση, αλλά διακρίνεται σε δυο ποιοτικά διαφορετικές καταστάσεις: τον **ύπνο REM** και τον **ύπνο NONREM**, που εναλλάσσονται κατά τη διάρκεια του ύπνου.

Η **φάση REM** χαρακτηρίζεται από περιόδους σχετικής υπέρτασης και ταχυκαρδίας.

Κατά τη διάρκεια της φάσης **εκτός REM** οι μύες χαλαρώνουν τελείως, το σώμα μεταβαίνει από το στάδιο του ελαφρού ύπνου σε αυτό του βαθύ ύπνου (**ύπνος βραδέων κυμάτων**), η αναπνοή και ο καρδιακός ρυθμός επιβραδύνονται, η αρτηριακή πίεση ελαττώνεται.

Παράγοντες που επηρεάζουν τη διάρκεια του ποιοτικού ύπνου

Είναι σημαντικό για την καλή υγεία, να κοιμάται κανείς όχι μόνο επαρκείς ώρες, αλλά και ποιοτικές ώρες.

Η επαρκής ποσότητα του ύπνου των βραδέων κυμάτων οδηγεί στην **καλή ποιότητα ύπνου** και μπορεί να επηρεαστεί από έναν αριθμό παραγόντων.

Καταστάσεις που διαταράσσουν το νυχτερινό ύπνο: *το δυνατό ροχαλητό, η άπνοια στον ύπνο, η αύπνια, το σύνδρομο των ανήσυχων ποδιών, οι εξωγενείς παράγοντες που «ενοχλούν» τον ύπνο μέσα στη νύχτα* (θόρυβοι από αυτοκίνητα, τηλεόραση, ειδοποιήσεις από κινητά τηλέφωνα κλπ) και μπορούν να μειώσουν τη διάρκεια της φάσης των βραδέων κυμάτων και να οδηγήσουν σε κακή ποιότητα ύπνου.

Οι γυναίκες αναφέρουν χαμηλότερη ποιότητα ύπνου σε σχέση με τους άνδρες, ενώ η ηλικία μπορεί να έχει μια αρνητική επίδραση, αφού όσο μεγαλώνουμε η διάρκεια του βαθέως ύπνου μειώνεται.

Ο ύπνος **κακής ποιότητας** επιδρά αρνητικά στην καθημερινή παραγωγικότητα, στη συγκέντρωση, στην έλλειψη διάθεσης για άσκηση και άλλες δραστηριότητες. Επιπλέον, έχει αρνητικές επιδράσεις στην καρδιακή λειτουργία.

Αυτό οφείλεται στην αύξηση της αρτηριακής πίεσης, και στην ενεργοποίηση του νευρικού συστήματος, που με τη σειρά του πυροδοτεί μηχανισμούς χρόνιας φλεγμονής στο καρδιαγγειακό σύστημα.

Αντίθετα, τα **πιο σταθερά και υγιή μοτίβα ύπνου** επηρεάζουν θετικά παράγοντες όπως το βάρος, η αρτηριακή πίεση, ο κίνδυνος εμφάνισης διαβήτη τύπου 2, η ψυχική διάθεση και ελαττώνουν τον καρδιαγγειακό κίνδυνο.

Ύπνος και καρδιαγγειακή υγεία

Ο ύπνος συμβάλλει στη ρύθμιση ορμονών που σχετίζονται με την **αρτηριακή πίεση**, καθώς και στην ισορροπημένη λειτουργία του συμπαθητικού και του παρασυμπαθητικού μας συστήματος. Επίσης, βοηθάει στη μείωση του **στρες** και στη βελτίωση της διάθεσης. Αντίθετα, η έλλειψη ύπνου μπορεί να φέρει άγχος, κατάθλιψη, δυσκολίες στη συγκέντρωση και στην επίλυση προβλημάτων της καθημερινότητας.

Η έλλειψη ύπνου συμβάλλει στην **αύξηση του σωματικού βάρους** και επηρεάζει τα επίπεδα ορμονών που ρυθμίζουν την όρεξη, οδηγώντας σε αυξημένη κατανάλωση υδατανθράκων και γενικότερα ανθυγιεινών τροφίμων υψηλών σε θερμίδες.

Ο επαρκής ύπνος μπορεί να βοηθήσει στην **ελάττωση της χρόνιας φλεγμονής** στον οργανισμό μας, καθώς συμβάλλει στη ρύθμιση των επιπέδων των κυτοκινών, ουσιών που συμμετέχουν στον καταρράκτη της φλεγμονής.

Έτσι, ο ύπνος έχει πλέον προστεθεί στον κατάλογο με τα **μέτρα καλής καρδιαγγειακής υγείας** που πρέπει να ακολουθούμε, μαζί με τη σωστή διατροφή, τη σωματική άσκηση, την αποφυγή καπνίσματος, τη διατήρηση του σωστού σωματικού βάρους, τα χαμηλά επίπεδα χοληστερόλης, σακχάρου και αρτηριακής πίεσης.

Διάρκεια ύπνου

Το πιο δημοφιλές χαρακτηριστικό του νυχτερινού ύπνου είναι η διάρκειά του. Είναι γνωστό από χρόνια, ότι μια ισορροπημένη διάρκεια ύπνου **6-8 ωρών (ή 7-9 ωρών)** βοηθά στην καλύτερη υγεία και θεωρείται η ιδανική διάρκεια ύπνου.

Μελέτες παλαιότερες και νεότερες, που συσχέτισαν τη διάρκεια του νυχτερινού ύπνου με τον καρδιαγγειακό κίνδυνο, συμφώνησαν με τα παραπάνω και επιπλέον κατέληξαν ότι τόσο η **μεγάλη και όσο και η σύντομη διάρκεια ύπνου**

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ:

Ελληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας

Βασ. Σοφίας 133 - Τ. Κ.115 21 Αθήνα

Τηλ.: (210) 6401477, 6450118, 6460522

Fax: (210) 6401478

E-mail: elikar@elikar.gr <http://www.elikar.gr>

ΕΚΔΟΤΗΣ: Κ. Τούτουζας

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: Γ. Γκουμάς

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΥΛΗΣ: Κ. Τούτουζας

ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ ΥΛΗΣ: Μ. Δρακοπούλου, Γ. Μπενέτος, Α. Συνετός

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟΥ: Alta Grafico A.E.

Τηλ.: (210) 2314359, 2318113 - Fax: (210) 5738929

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ: Γ. Ανδρικόπουλος, Ι. Αρσενόπουλος, Κ. Θωμόπουλος, Γ. Κολοβού, Ι. Μπαρμπετσιάς, Δ. Ρίχτερ, Β. Σπανός

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ: Γ. Καλλιούπη, Μ. Πομόνη

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

(λιγότερο από 6 ώρες ή περισσότερο από 8 ή 9 ώρες) βρέθηκε να **σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας από καρδιαγγειακή νόσο ή από κάθε αιτία.**

Ποια είναι η καλύτερη ώρα έναρξης του ύπνου;

Ένα άλλο χαρακτηριστικό του ποιοτικού νυχτερινού ύπνου είναι η ώρα έναρξης του.

Μια πρόσφατη έρευνα από το Ηνωμένο Βασίλειο κατέγραψε την ώρα έναρξης του ύπνου και το χρόνο αφύπνισης, από δεδομένα μιας συσκευής καταγραφής στο σπίτι, που συλλέχθηκαν από 103.712 άτομα (άνδρες και γυναίκες), σε διάστημα 7 ημερών. Τα αποτελέσματα συσχετίστηκαν με τον καρδιαγγειακό κίνδυνο.

Φάνηκε ότι, **η καλύτερη ώρα έναρξης του ύπνου είναι μεταξύ 22:00 και 23:00.** Όταν κοιμόμαστε πριν τις 22:00 ή μετά τις 23:00 και κυρίως μετά τις 00:00 ο καρδιαγγειακός κίνδυνος αυξάνεται.

Μεσημεριανός ύπνος – siesta – daytime nap

Αποτελεί γνωστή συνήθεια ήδη από τους αρχαίους Έλληνες, Ρωμαίους και Άραβες, και είναι χαρακτηριστικό κυρίως των μεσογειακών λαών.

Τα τελευταία χρόνια ακούστηκε πολύ η έννοια του **power nap**. Είναι ένα είδος σύντομου ύπνου (**20-30 λεπτών**), που τερματίζει πριν από τη μετάβαση στο βαθύ ύπνο ή ύπνο βραδέων κυμάτων, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, με σκοπό να αναζωογονήσει γρήγορα το σώμα. Η έκφραση επινοήθηκε από τον κοινωνικό ψυχολόγο James Maas, από το Πανεπιστήμιο Κορνέλ των ΗΠΑ.

Τι συμβαίνει λοιπόν με τον «αθώο», στη συνείδηση των περισσότερων, μεσημεριανό ύπνο, τη διάρκειά του και τον καρδιαγγειακό κίνδυνο;

Οι καρδιαγγειακές επιπτώσεις του μεσημεριανού ύπνου μελετώνται ήδη από τη δεκαετία του 1980 και τα αποτελέσματα ήταν πολλές φορές αντιφατικά.

Άλλες έρευνες (σε ελληνικό πληθυσμό και αλλού) έδειχναν ότι, ο μεσημεριανός ύπνος διάρκειας 30 λεπτών μείωνε τον κίνδυνο στεφανιαίας νόσου, ενώ άλλες την ίδια εποχή (από άλλα μέρη του κόσμου - όπως Κόστα Ρίκα, Ηνωμένες Πολιτείες, Γερμανία και Ιαπωνία) βρήκαν υψηλότερο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου και θνησιμότητας.

Έκτοτε, ακολούθησαν πολλές μελέτες, αναλύσεις και μετα-αναλύσεις και το τοπίο άρχισε να ξεθολώνει.

Μια πρόσφατη μετα-ανάλυση (με 151.588 συμμετέχοντες - 60% γυναίκες και παρακολούθηση για 11 χρόνια) έδειξε τα ακόλουθα:

Οι **μεγάλοι** μεσημεριανοί ύπνοι (**>60 λεπτά**) συσχετίστηκαν με μεγαλύτερο κίνδυνο θανάτου από κάθε αιτία και υψηλότερη πιθανότητα καρδιαγγειακής νόσου.

Όταν λήφθηκε υπόψη ο νυχτερινός ύπνος, οι μεγάλοι μεσημεριανοί ύπνοι συνδέονταν με αυξημένο κίνδυνο θανάτου μόνο σε όσους κοιμόντουσαν >6 ώρες/νύχτα.

Στις γυναίκες ο μεσημεριανός ύπνος αυξάνει την πιθανότητα θανάτου περισσότερο από τους άνδρες, όπως και στις **μεγαλύτερες ηλικίες**.

Από την άλλη μεριά, οι **σύντομοι** μεσημεριανοί ύπνοι (**< 60 λεπτά, ειδικά 30 – 45λεπτά**) δεν ήταν επικίνδυνοι για την ανάπτυξη καρδιαγγειακών παθήσεων.

Υσχέτιση της διάρκειας και της ποιότητας του νυχτερινού ύπνου, καθώς και του μεσημεριανού ύπνου με τον καρδιαγγειακό κίνδυνο

Σε μια Σουηδική έρευνα μελέτησαν 12.000 διδύμους, χωρίς πάθηση από την καρδιά και τα αγγεία, με μέση ηλικία 70 ετών και παρακολούθηση έως και 18 χρόνια. Τα συμπεράσματα ήταν ότι, η ιδανική διάρκεια νυχτερινού ύπνου είναι **οι 7 έως 9 ώρες** και μεσημεριανού ύπνου **τα 20 έως 30 λεπτά**. Επιπλέον, η κακή ποιότητα ύπνου συσχετίστηκε με καρδιαγγειακά νοσήματα.

Αναπλήρωση νυχτερινού ύπνου με μεσημεριανό ύπνο;

Σε μελέτη που συμμετείχαν 116.632 άτομα, από 21 χώρες, οι ερευνητές θέλησαν να συσχετίσουν τη συνολική διάρκεια ύπνου (μεσημεριανού και νυχτερινού) με τον καρδιαγγειακό κίνδυνο και κατέληξαν ότι, η εκτιμώμενη **συνολική** διάρκεια ύπνου **6-8 ωρών** την ημέρα σχετίζεται με το χαμηλότερο κίνδυνο θανάτων και σοβαρών καρδιαγγειακών συμβαμάτων. Ο μεσημεριανός ύπνος σχετίζεται με αυξημένους κινδύνους σοβαρών καρδιαγγειακών επεισοδίων και θανάτου σε αυτούς με >6 ώρες νυχτερινού ύπνου, αλλά όχι σε όσους κοιμούνται <6 ώρες/νύχτα.

Αν έχουμε, δηλαδή, **λιγότερο νυχτερινό ύπνο** (λόγω δουλειάς ή υποχρεώσεων κλπ) και χάνουμε ώρες ύπνου το βράδυ, **μπορούμε να τον αναπληρώσουμε το μεσημέρι** και έτσι να μετριάσουμε τον καρδιαγγειακό κίνδυνο.

Πόσο συχνά να κοιμόμαστε το μεσημέρι;

Σε μια πρόσφατη έρευνα, σε ελβετικό πληθυσμό, χωρίς ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου, φάνηκε ότι τα άτομα που κοιμούνται **το μεσημέρι 1-2 φορές/εβδομάδα** έχουν **χαμηλότερο κίνδυνο** καρδιαγγειακής νόσου.

Ίσως η συχνότητα του μεσημεριανού ύπνου μπορεί να βοηθήσει στην εξήγηση των αντικρουόμενων ευρημάτων που προέκυπταν στο παρελθόν.

Συμπερασματικά

- Ιδανική διάρκεια νυχτερινού ύπνου 6-7 έως 8-9 ώρες.
- Σταθερό πρόγραμμα ύπνου και μια χαλαρωτική ρουτίνα προ της ώρας ύπνου (22:00-23:00).
- Ποιοτικός ύπνος.
- Όχι ηλεκτρονικές συσκευές (τηλεόραση, κινητά τηλέφωνα δίπλα στο κρεβάτι), όχι φαγητό προ του ύπνου.
- Μεσημεριανός ύπνος: Διάρκεια ιδανικά 30 – 45 λεπτά μέχρι 1 ώρα. Καλύτερα 1 με 2 φορές/εβδομάδα. Ναι στην αναπλήρωση του ύπνου το μεσημέρι, σε άτομα που κοιμούνται τη νύχτα λιγότερο από 6 ώρες.
- Αλλαγή τρόπου ζωής, με καθημερινά βήματα που μπορούν να συμβάλουν αθροιστικά και ουσιαστικά στη διατήρηση της καρδιαγγειακής μας υγείας, μακροχρόνια. 🍎

Καφές και καρδιά

Ανδρέας Συνετός

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

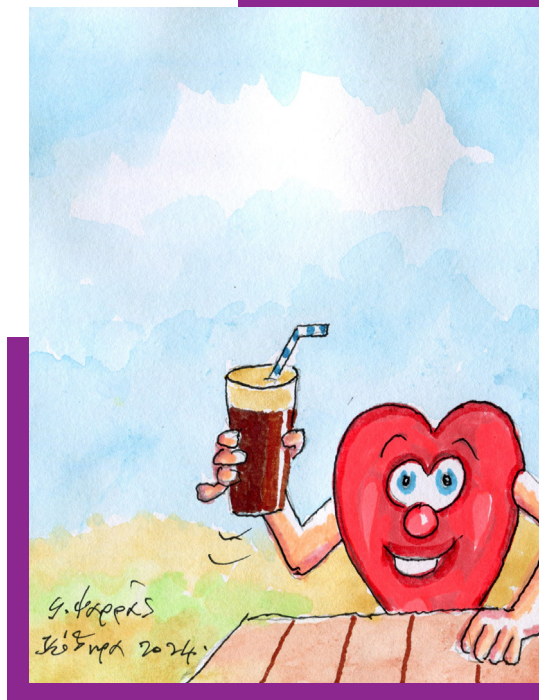
Το αγαπημένο πρωινό ρόφημα των Ελλήνων, και των περισσότερων ανθρώπων του δυτικού κόσμου, έχει υποστεί κριτικές και κατά καιρούς έχει κατακριθεί για πιθανή αύξηση κάποιων καρδιακών παθήσεων. Πολλοί άνθρωποι δεν μπορούν να φανταστούν να ξεκινήσουν την ημέρα τους χωρίς ένα ή δύο φλιτζάνια καφέ. Παρά τη δημοτικότητά του, ωστόσο, ο καφές ήταν λίγο αμφιλεγόμενος όσον αφορά στην υγεία της καρδιάς. Μάλιστα, είναι χαρακτηριστικό ότι οι επιπτώσεις του στην καρδιά έχουν περάσει και από τις δύο κατευθύνσεις τόσο του οφέλους όσο και της ζημιάς.

Στη δεκαετία του 1960, ο καφές θεωρούνταν παράγοντας κινδύνου για στεφανιαία νόσο, αν και μεταγενέστερη έρευνα πρότεινε, ότι μόνο η μεγάλη κατανάλωση καφέ (περισσότερα από πέντε ή έξι φλιτζάνια την ημέρα) μπορεί να βλάψει την καρδιά. Βέβαια, θα πρέπει να γνωρίζουμε, ότι οι άνθρωποι που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες συχνά διαφέρουν με πολλούς άλλους τρόπους από εκείνους που απολαμβάνουν μέτριες ποσότητες.

Επειδή ο καφές περιέχει καφεΐνη, ένα διεγερτικό, οι άνθρωποι αναρωτιόντουσαν, εδώ και καιρό, εάν η κατανάλωση καφέ μπορεί να «αναστατώσει» την καρδιά, προκαλώντας αίσθημα παλμών (το περιεργό αίσθημα παράλειψης, απώλειας ή ισχυρού καρδιακού παλμού) ή κολπική μαρμαρυγή (πρόβλημα στον καρδιακό ρυθμό, που χαρακτηρίζεται από γρήγορο, ακανόνιστο καρδιακό παλμό). Ωστόσο, τα βιβλιογραφικά δεδομένα δείχνουν, ότι οι άνθρωποι που πίνουν μέτριες ποσότητες καφέ (ένα έως τρία φλιτζάνια την ημέρα) στην πραγματικότητα φαίνεται να έχουν χαμηλότερο κίνδυνο κολπικής μαρμαρυγής, ενώ όσοι έπιναν είτε περισσότερο είτε λιγότερο καφέ δεν είχαν περισσότερες ή λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξουν κολπική μαρμαρυγή.

Μέσα στο 2023, ανακοινώθηκε μια σημαντική μελέτη, η οποία ασχολήθηκε με το συγκεκριμένο θέμα. Για να το διερευνήσουν οι ερευνητές έβαλαν φορητούς αισθητήρες σε εθελοντές, για μια περίοδο δύο εβδομάδων. Η μελέτη τους, η δοκιμή Coffee and Real-time Atrial and Ventricular Ectopy (CRAVE), δημοσιεύτηκε στις 23 Μαρτίου 2023, στο The New England Journal of Medicine. Η κολπική και κοιλιακή εκτοπία αναφέρεται σε πρόωρες συσπάσεις των άνω ή κάτω κοιλοτήτων της καρδιάς. Οι άνθρωποι συνήθως τις βιώνουν ως δυνατούς, γρήγορους ή ακανόνιστους καρδιακούς παλμούς, γνωστούς ως αίσθημα παλμών. Στη μελέτη πήραν μέρος 100 υγιείς άνδρες και γυναίκες, μέσης ηλικίας 39 ετών. Οι συμμετέχοντες φορούσαν τρεις ξεχωριστές συσκευές: μία που παρακολουθούσε τα επίπεδα δραστηριότητας και τον ύπνο, μία που μετρούσε το σάκχαρο στο αίμα και μία που παρακολουθούσε τον καρδιακό ρυθμό. Επίσης, δοκιμάστηκαν για

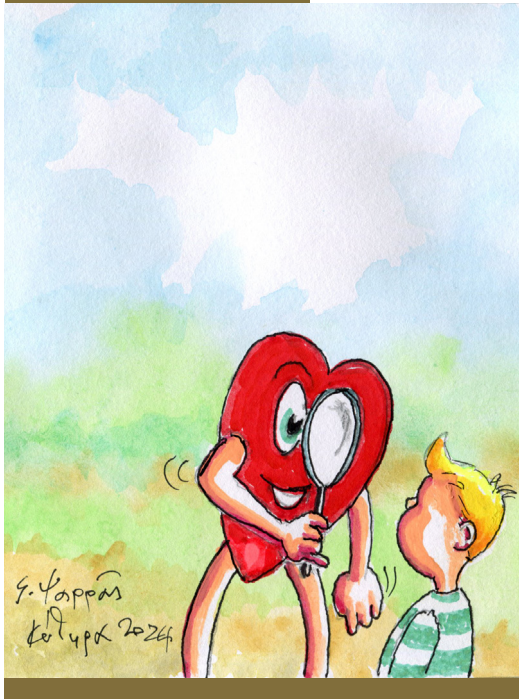
**ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ
ΧΘΕΣ
ΣΗΜΕΡΑ
ΑΥΡΙΟ**



κοινές γενετικές παραλλαγές, που επηρεάζουν το πόσο γρήγορα οι άνθρωποι μεταβολίζουν την καφεΐνη. Οι ερευνητές ζήτησαν από τους συμμετέχοντες να πίνουν όσο καφέ με καφεΐνη ήθελαν για δύο ημέρες και να ενεργοποιούν το όργανο παρακολούθησης της καρδιάς μετά από κάθε φλιτζάνι που έπιναν. Στη συνέχεια, έπρεπε να απέχουν από τον καφέ για δύο ημέρες. Επανέλαβαν αυτόν τον κύκλο για 14 ημέρες.

Τις ημέρες που οι άνθρωποι έπιναν καφέ, έκαναν κατά μέσο όρο 1.000 επιπλέον βήματα την ημέρα, και κοιμόντουσαν περίπου 36 λιγότερα λεπτά τη νύχτα. Η κατανάλωση καφέ δεν είχε εμφανή επίδραση στα επίπεδα σακχάρου στο αίμα. Και ενώ η κατανάλωση καφέ δεν αύξησε τις πρόωρες κολπικές συσπάσεις, φάνηκε να αυξάνει ελαφρώς τη συχνότητα των πρόωρων κοιλιακών συσπάσεων. Οι γενετικές διαφορές στο μεταβολισμό της καφεΐνης δεν είχαν σημαντικές επιπτώσεις σε κανένα από αυτά τα αποτελέσματα.

Με βάση αυτά τα δεδομένα θα μπορούσε κάποιος να πει ότι, όταν εξετάζουμε τα στοιχεία στο σύνολό τους, ο καφές δεν φαίνεται να έχει θετική ή αρνητική επίδραση. Αν σε κάποιον αρέσει ο καφές, μπορεί να απολαύσει έως και μερικά φλιτζάνια την ημέρα — αρκεί να μην παρεμποδίζει τον ύπνο του. Επίσης, είναι σημαντικό να αποφεύγεται το πολύ γάλα και η πολύ ζάχαρη στον καφέ, καθώς αυτό προσθέτει κορεσμένα λιπαρά και άχρηστες θερμίδες. ●



Μέτρηση λιπιδαιμικού προφίλ στα παιδιά: από ποια ηλικία;

Γεώργιος Σ. Γκουμάς

Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών

Η ύπαρξη παθολογικών τιμών σε κάποια από τα λιπίδια του αίματος δεν είναι κάτι το σπάνιο στα παιδιά και τους έφηβους και αφορά περίπου σε 1 στους 5 εφήβους. Πρωτογενείς λιπιδαιμικές διαταραχές παρατηρούνται σε κληρονομούμενα νοσήματα, όπως είναι η οικογενής υπερχοληστερολαιμία (ομοζυγη και ετερόζυγη), η οικογενής συνδυασμένη υπερλιπιδαιμία, η πολυγονιδιακή υπερχοληστερολαιμία, η οικογενής και η σοβαρή υπερτριγλυκεριδαίμια, η οικογενής υποαλφαλιποπρωτεΐναιμία και η δυσβηταλιποπρωτεΐναιμία. Όμως, πολύ συχνά έχουμε δευτερογενείς λιπιδαιμικές διαταραχές, συνήθως στα πλαίσια παχυσαρκίας, όπου ο συνδυασμός και με άλλους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου οδηγεί σε σημαντική αύξηση της καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνησιμότητας στην ενήλικη ζωή. Άλλες αιτίες δευτερογενών λιπιδαιμικών διαταραχών είναι η λήψη φαρμάκων όπως η κορτιζόνη και η ισοτρετινοΐνη, ενδοκρινολογικές και μεταβολικές παθήσεις, χρόνιες νεφρικές και ηπατικές παθήσεις, φλεγμονώδεις και άλλες νόσοι. Γενικά, η σοβαρή υπερχοληστερολαιμία, με αύξηση της LDL-χοληστερίνης σε επίπεδα πάνω από 190 mg/dl συναντάται σε περίπου 1 σε κάθε 250 παιδιά και εφήβους.

Τα επίπεδα των λιπιδίων αλλάζουν στη διάρκεια της φυσιολογικής ανάπτυξης των παιδιών: οι λιποπρωτεΐνες είναι πολύ χαμηλές στο αίμα του ομφάλιου λώρου στη γέννηση και αυξάνονται αργά κατά τη διάρκεια των πρώτων δυο χρόνων της ζωής. Μετά την ηλικία των δύο ετών τα λιπίδια και οι λιποπρωτεΐνες είναι σχετικά σταθερές μέχρι την εφηβεία, οπότε η χοληστερίνη και η LDL-χοληστερίνη μειώνονται, για να αυξηθούν εκ νέου τα τελευταία εφηβικά χρόνια. Τα επίπεδα της HDL-χοληστερίνης μειώνονται κατά τη διάρκεια της εφηβείας στα αγόρια αλλά όχι στα κορίτσια. Στα παιδιά η αρχική μέτρηση του λιπιδαιμικού προφίλ μπορεί να γίνει και χωρίς να έχει προηγηθεί νηστεία με μέτρηση της χοληστερίνης, τριγλυκεριδίων και HDL-χοληστερίνης και υπολογισμό των LDL- και non-HDL-χοληστερίνης. Αδρά, ως φυσιολογικές τιμές χοληστερίνης θεωρούνται αυτές που είναι κάτω από 170 mg/dl, οριακά υψηλές οι τιμές μεταξύ 170 και 199 mg/dl, ενώ υψηλές οι τιμές που

Αν ψάξει κανείς να βρει μελέτες που να αποδεικνύουν ότι η μέτρηση του λιπιδαιμικού προφίλ στα παιδιά μειώνει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο στους ενήλικες, θα διαπιστώσει ότι δεν υπάρχει καμία τέτοια μελέτη, θετική ή αρνητική. Δεν υπάρχει αμφιβολία, ότι οι περισσότερες διαταραχές των λιπιδίων, που παρατηρούμε στους ενήλικες, λιγότερο ή περισσότερο προϋπήρχαν από την παιδική ηλικία. Όπως, επίσης, δεν υπάρχει καμία αμφιβολία ότι η διαδικασία της αθηροσκλήρυνσης, που εξελίσσεται κατά τη διάρκεια της ζωής μας, οδηγώντας σε αύξηση της καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνησιμότητας, ξεκινάει ήδη από την παιδική ηλικία. Έτσι, ένας ενήλικας που παθαίνει έμφραγμα ή εγκεφαλικό λόγω αυξημένης χοληστερίνης ή/και τριγλυκεριδίων, πιθανότατα υπήρξε παιδί ή έφηβος με αντίστοιχες διαταραχές. Είναι πολύ σημαντικό, λοιπόν, αν θέλουμε να κάνουμε σωστή πρόληψη των καρδιαγγειακών παθήσεων, να ανιχνεύουμε έγκαιρα τις διαταραχές των λιπιδίων στα παιδιά και να τις αντιμετωπίζουμε αποτελεσματικά.

Η ύπαρξη παθολογικών τιμών σε κάποια από τα λιπίδια του αίματος δεν είναι κάτι το σπάνιο στα παιδιά και τους έφηβους και αφορά περίπου σε 1 στους 5 εφήβους.

**Τα επίπεδα των λιπιδίων
αλλάζουν στη διάρκεια
της φυσιολογικής
ανάπτυξης των παιδιών:
οι λιποπρωτεΐνες είναι
πολύ χαμηλές στο αίμα
του ομφάλιου λώρου στη
γέννηση και αυξάνονται
αργά κατά τη διάρκεια
των πρώτων δυο χρόνων
της ζωής.**

είναι μεγαλύτερες από 200 mg/dl. Για τα παιδιά μέχρι τα 9 έτη, ως φυσιολογικές τιμές τριγλυκερίδιων θεωρούνται αυτές που είναι κάτω από 75 mg/dl, οριακά υψηλές οι τιμές μεταξύ 75 και 99 mg/dl, ενώ υψηλές οι τιμές που είναι μεγαλύτερες από 100 mg/dl. Για τις ηλικίες 10-19 ετών, ως φυσιολογικές τιμές τριγλυκερίδιων θεωρούνται αυτές που είναι κάτω από 90 mg/dl, οριακά υψηλές οι τιμές μεταξύ 90 και 129 mg/dl, ενώ υψηλές οι τιμές που είναι μεγαλύτερες από 130 mg/dl. Ως φυσιολογικές τιμές LDL-χοληστερίνης θεωρούνται αυτές που είναι κάτω από 110 mg/dl, οριακά υψηλές οι τιμές μεταξύ 110 και 129 mg/dl, ενώ υψηλές οι τιμές που είναι μεγαλύτερες από 130 mg/dl. Ως φυσιολογικές τιμές HDL-χοληστερίνης θεωρούνται αυτές που είναι πάνω από 45 mg/dl, οριακά χαμηλές οι τιμές μεταξύ 40 και 45 mg/dl, ενώ χαμηλές οι τιμές που είναι μικρότερες από 40 mg/dl. Ως φυσιολογικές τιμές non-HDL-χοληστερίνης θεωρούνται αυτές που είναι κάτω από 120 mg/dl, οριακά υψηλές οι τιμές μεταξύ 120 και 144 mg/dl, ενώ υψηλές οι τιμές που είναι μεγαλύτερες από 145 mg/dl.

Ας δούμε, όμως, ποιες είναι οι οδηγίες του National Heart, Lung, and Blood Institute για τη μέτρηση των λιπιδίων στα παιδιά, πάνω στις οποίες έχουν στηριχτεί και οι οδηγίες των AHA/ACC του 2018. Αρχικά, θα πρέπει να αναφερθεί ότι δε συστήνεται η μέτρηση των λιπιδίων τους πρώτους 12 μήνες μετά τη γέννηση. Στα παιδιά ηλικίας από 2 έως 8 ετών δε συστήνεται ο λιπιδαιμικός έλεγχος ρουτίνας. Η μέτρηση σε δυο δείγματα νηστείας, με διαφορά τουλάχιστον 2 εβδομάδων, αλλά όχι περισσότερο από 3 μήνες, και υπολογισμό των μέσων τιμών, θα γίνει στα παιδιά αυτής της ηλικίας όταν αναφέρεται θετικό κλη-

ρονομικό ιστορικό (ιστορικό εμφράγματος μυοκαρδίου, στηθάγχης, εγκεφαλικού, μπαιπάς ή αγγειοπλαστικής σε γονείς, παππούδες, θείους ή διδύμους, πριν την ηλικία των 55 όταν πρόκειται για άνδρες και πριν την ηλικία των 65 όταν πρόκειται για γυναίκες). Επίσης, όταν οι γονείς έχουν χοληστερίνη πάνω από 240 mg/dl ή γνωστή δυσλιπιδαιμία ή όταν το παιδί πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη, αρτηριακή υπέρταση, έχει δείκτη μάζας σώματος πάνω από την 95η για την ηλικία του θέση ή εκτίθεται σε παθητικό ή ενεργητικό κάπνισμα. Στην ηλικία των 9 με 11 ετών συστήνεται να γίνεται μέτρηση ρουτίνας των λιπιδίων σε όλα τα παιδιά, σε δείγμα αίματος, χωρίς να έχει προηγηθεί νηστεία. Στην περίπτωση αυτή δε λαμβάνουμε υπόψιν τα τριγλυκερίδια και την LDL-χοληστερίνη και υπολογίζουμε την non-HDL-χοληστερίνη αφαιρώντας από την ολική χοληστερίνη την HDL-χοληστερίνη. Σε περίπτωση που η non-HDL-χοληστερίνη είναι μεγαλύτερη από 145 mg/dl ή /και η HDL-χοληστερίνη μικρότερη από 40 mg/dl τότε θα πρέπει να γίνει μέτρηση σε κατάσταση νηστείας και σε περίπτωση παθολογικών τιμών, όπως έχουν περιγραφεί παραπάνω, να ακολουθήσει και δεύτερη μέτρηση νηστείας με διαφορά τουλάχιστον 2 εβδομάδων, αλλά όχι περισσότερο από 3 μήνες, και υπολογισμός των μέσων τιμών. Στα χρόνια της εφηβείας μεταξύ 12 και 16 ετών και πάλι δε συστήνεται έλεγχος ρουτίνας, με εξαίρεση τις περιπτώσεις που αναφέρθηκαν και για τα παιδιά 2 με 8 ετών, και, επιπλέον, κάποιες καταστάσεις μετρίου προς υψηλού κινδύνου: χρόνιες νεφρικές παθήσεις, μεταμόσχευση νεφρού ή καρδιάς, ιστορικό νόσου Kawasaki με ανευρύσματα στα στεφανιαία ακόμη κι αν αυτά έχουν υποστρέψει, χρόνιες φλεγμονώδεις παθήσεις και λοίμωξη HIV. Τέλος, στην ηλικία των 17-21 ετών συστήνεται επίσης να γίνεται μέτρηση ρουτίνας των λιπιδίων σε όλα τα παιδιά, σε δείγμα αίματος, χωρίς να έχει προηγηθεί νηστεία και με όλες τις οδηγίες που ισχύουν και για την ηλικία των 9 με 11 ετών.

Κλείνοντας, θα ήταν σωστό να αναφερθεί ένα σημαντικό πρόβλημα στη μέτρηση του λιπιδαιμικού προφίλ στα παιδιά, που είναι η έλλειψη συμμόρφωσης με τις συστάσεις ελέγχου και παρακολούθησης τόσο από την πλευρά των κλινικών ιατρών όσο και των γονιών. Οι αιτίες αυτού του προβλήματος είναι πολλές και περιλαμβάνουν την άρνηση από τους γονείς ή και τα ίδια τα παιδιά, τη δυσφορία για τους διαγνωστικούς ελέγχους, τις ανησυχίες για την αναστάτωση του παιδιού και την αντίσταση στις υγειονομιακές αλλαγές που συστήνονται σε παρουσία παθολογικών ευρημάτων και σε διάγνωση δυσλιπιδαιμιών. Είναι καλό, τόσο οι παιδίατροι όσο και οι παθολόγοι, καρδιολόγοι, ενδοκρινολόγοι και οποιαδήποτε ειδικότητα ασχολείται με ενήλικους υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου, που ταυτόχρονα είναι γονείς, να ενημερώνονται σωστά και να μεταφέρουν τις απαραίτητες πληροφορίες και μηνύματα. ●

Αγαπητό περιοδικό,

Είμαι 67 ετών, χωρίς άλλα προβλήματα υγείας εκτός από υπέρταση. Φέτος σκέφτομαι να κάνω το εμβόλιο της γρίπης. Άκουσα ότι κυκλοφορούν και ενισχυμένα εμβόλια. Ποιο πρέπει να κάνω;

Αγαπητέ αναγνώστη,

Βρισκόμαστε λίγο πριν την αρχή του ετήσιου επιδημικού κύματος γρίπης και ο εμβολιασμός θα πρέπει να ολοκληρωθεί για όλα εκείνα τα άτομα που ενδείκνυται. Σύμφωνα με τις οδηγίες της Εθνικής Επιτροπής εμβολιασμών, άτομα ηλικίας άνω των 60 ετών ανήκουν στις ομάδες εκείνες που κατά προτεραιότητα θα πρέπει να εμβολιαστούν. Φέτος, για πρώτη φορά στην Ελλάδα, κυκλοφορούν, εκτός από τα συμβατικά, δύο ενισχυμένα τετραδύναμα αδρανοποιημένα εμβόλια. Τα εμβόλια αυτά έχουν υψηλή ανοσογονικότητα και προκρίνονται για την πρόληψη της εργαστηριακά επιβεβαιωμένης γρίπης και των νοσηλειών, σε άτομα 65 ετών και άνω. Έχουν ικανοποιητικό προφίλ ασφάλειας και, παρότι η συχνότητα ανεπιθύμητων ενεργειών στις μελέτες τους ήταν μεγαλύτερη απ' ό,τι μετά τον εμβολιασμό με συμβατικό εμβόλιο γρίπης, στο σύνολό της ήταν χαμηλή.

Σύμφωνα, λοιπόν, με τις επίσημες οδηγίες του Υπουργείου υγείας και της Εθνικής Επιτροπής Εμβολιασμών, στη

δική σου περίπτωση προκρίνεται ο εμβολιασμός με το ενισχυμένο εμβόλιο. Το σκεπτικό είναι ότι τα εμβόλια αυτά προκαλούν πιο καλή διέγερση του ανοσοποιητικού μας, ιδιότητα σημαντική για άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, όπου οι ανοσολογικές απαντήσεις είναι ηπιότερες. Σε περίπτωση, όμως, που δεν υπάρχει διαθεσιμότητα, τονίζεται ότι ο εμβολιασμός δεν πρέπει να καθυστερεί και οφείλει να διενεργείται με οποιοδήποτε διαθέσιμο εμβόλιο

Αναφορικά με τις υπόλοιπες οδηγίες, για τον αντιγριπικό εμβολιασμό ισχύουν τα εξής:

Το αντιγριπικό εμβόλιο πρέπει να χορηγείται έγκαιρα και πριν την έναρξη της συνήθους περιόδου εμφάνισης της έξαρσης των κρουσμάτων γρίπης, δεδομένου ότι απαιτούνται περίπου 2 εβδομάδες για την επίτευξη ανοσολογικής απάντησης. Κατά προτίμηση ο εμβολιασμός θα πρέπει να ολοκληρώνεται τουλάχιστον 4-6 εβδομάδες προ της έναρξης του ετήσιου επιδημικού κύματος της γρίπης στην Ελλάδα, (δηλαδή μέχρι τα τέλη Νοεμβρίου). Ο εμβολιασμός συνεχίζεται καθ' όλη τη διάρκεια της εποχικής γρίπης για τα άτομα τα οποία δεν πρόλαβαν να εμβολιαστούν εγκαίρως.

Ο αντιγριπικός εμβολιασμός γενικά περιλαμβάνει 1 μόνο δόση του εμβολίου ετησίως. Τέλος, το αντιγριπικό εμβόλιο μπορεί να χορηγηθεί ακόμη και την ίδια ημέρα με το εμβόλιο κατά του κορωνοϊού -αλλά σε διαφορετικά ανατομικά σημεία- όπως και οποιαδήποτε άλλη ημέρα πριν και μετά το εμβόλιο κατά του κορωνοϊού.

Συμπερασματικά, ο εμβολιασμός για την εποχική γρίπη με το ενισχυμένο εμβόλιο ενδείκνυται για την περίπτωσή σου και θα πρέπει να συνταγογραφηθεί από τον ιατρό σου και να πραγματοποιηθεί άμεσα. Έτσι, θα είσαι προστατευμένος από τις δυνητικές επιπλοκές πριν την άφιξη του επιδημικού κύματος.



ΠΡΟΕΔΡΟΣ: Αρχιεπίσκοπος Αθηνών
& Πάσης Ελλάδος κ.κ. Ιερώνυμος

ΕΠΙΤΙΜΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ:

Γ. Κασιμάτης

Π. Τσάκος

ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ: Δ. Ρίχτερ

ΤΑΜΙΑΣ: Α. Γιατράκου

ΓΡΑΜΜΑΤΕΥΣ: Κ. Καλαϊτζή

ΜΕΛΗ:

Χ. Βλαχόπουλος, Α. Δήμα, Χ. Κούτρας,

Χρ. Στεφανάδης, Κ. Τούτουζας,

Δ. Τούσουλης, Κ. Τσιούφης

ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ:

Γ. Ανδρικόπουλος, Α. Βούτσας,

Δ. Γκολιδάκης, Γ. Γκουμάς,

Ν. Κατσιλάμπρος, Ε. Παπαστεριάδης

ΥΠΕΡ ΤΩΝ ΣΚΟΠΩΝ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ

ΚΑΤΕΘΕΣΑΝ ΕΙΣ ΜΝΗΜΗΝ

- **Μαρίας Τσάκου**, το "Ίδρυμα Μαρία Τσάκος – Διεθνές Κέντρο Ναυτικής Έρευνας & Παράδοσης", το ποσό των 12.000€.
- **Ευγενίας Κωνσταντινίδη**, ο κ. Δημήτριος Αθανασόπουλος το ποσό των 50€.
- **Κικής Σακελλαρίου**
 - ▶ Η κ. Γιόλα Βαϊνά, το ποσό των 20€.
 - ▶ Η κ. Λίτσα Κάλου, το ποσό των 20€.
 - ▶ Η κ. Νανά Κουμπλή, το ποσό των 20€.
 - ▶ Η κ. Μαριέττα Μπατάκη, το ποσό των 20€.
 - ▶ Η κ. Κική Παπακωνσταντίνου, το ποσό των 20€.
 - ▶ Η κ. Ελένη Τούτουζα, το ποσό των 20€.

ΥΠΕΡ ΤΩΝ ΣΚΟΠΩΝ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ

ΚΑΤΕΘΕΣΑΝ

- **Ο κ. Σταμάτης Μόλαρης**, το ποσό των 12.000€ για οικονομικά βοηθήματα σε νέους Καρδιολόγους.

συνέχεια από τη σελ. 57 ▶

Στο πλαίσιο αυτό, το ζήτημα της πολυ-νοσηρότητας αποτελεί ένα θέμα το οποίο χρήζει άμεσης συζήτησης, ανάδειξης και αντιμετώπισης.

Η διασφάλιση της βιωσιμότητας και της ανθεκτικότητας του συστήματος υγείας αποτελούν βασικό προαπαιτούμενο για τη διασφάλιση της κοινωνικής ευημερίας. Η επίτευξη αυτών των στόχων απαιτεί προδραστικές πολιτικές, οι οποίες χρειάζονται μακροχρόνιο σχεδιασμό και συνεπή εφαρμογή. Κύριο κεφάλαιο στις πολιτικές αυτές, οφείλουν να αποτελούν οι στρατηγικές για τη διαχείριση των χρόνιων μη μεταδοτικών νοσημάτων, τα οποία ευθύνονται για το μεγαλύτερο ποσοστό της συνολικής νοσηρότητας, αλλά και της συνολικής δαπάνης υγείας. ◉

συνέχεια από τη σελ. 63 ▶

Η εκπαίδευση των παιδιών, των γονέων και των εκπαιδευτικών σχετικά με την καρδιαγγειακή υγεία δημιουργεί μια κουλτούρα πρόληψης. Διαδραστικά προγράμματα στα σχολεία, καμπάνιες υγείας στην κοινότητα και ενημερωτικό υλικό μπορούν να συμβάλουν σημαντικά σε αυτό το σκοπό. Τέλος θα πρέπει να θυμόμαστε ότι ο προαθλητικός έλεγχος είναι απαραίτητος για την πρόληψη του αιφνίδιου καρδιακού θανάτου σε παιδιά και νεαρούς αθλητές. Η ύπαρξη συμπτωμάτων όπως η δύσπνοια στην άσκηση, το αίσθημα παλμών, το θωρακικό άλγος στην άσκηση και τα λιποθυμικά επεισόδια απαιτούν περαιτέρω διερεύνηση.

Συμπερασματικά, η προσπάθεια όλων μας είναι απαραίτητη για την πρόληψη του καρδιαγγειακού κινδύνου στην παιδική ηλικία. Η υιοθέτηση υγιεινής διατροφής και η προώθηση της φυσικής άσκησης θα βοηθήσει όχι μόνο στη διασφάλιση της καρδιαγγειακής υγείας των παιδιών αλλά και στη σωστή σωματική και ψυχική τους ανάπτυξη.

◉

Επίπεδο υγείας, χρόνια νοσηρότητα και παράγοντες κινδύνου για την υγεία στον πληθυσμό της Ελλάδας: νεότερα συγκριτικά στοιχεία.

Κώστας Αθανασάκης

Επίκουρος Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

Η παρακολούθηση των διαχρονικών τάσεων στις παραμέτρους του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, καθώς και η συγκριτική αντιπαράβολή τους με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αποτελεί ένα εξαιρετικό εργαλείο για την εκτίμηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού, για την ανάδειξη των βασικών προβλημάτων και για το σχεδιασμό στρατηγικών για την αντιμετώπιση των μείζονων απειλών για την υγεία. Εξαιρετικό ενδιαφέρον για την ανάγνωση αυτή παρουσιάζουν οι τάσεις (α) της διαγνωσμένης χρόνιας νοσηρότητας και των αποτελεσμάτων αυτής στην υγεία του πληθυσμού, (β) της έκθεσης σε παράγοντες κινδύνου για την υγεία - η οποία αποτελεί ισχυρή ένδειξη για την έκφραση μελλοντικής νοσηρότητας στον πληθυσμό.

Με βάση ειδικές για τη χώρα, αλλά και διεθνείς συγκριτικές αναφορές, οι οποίες δημοσιεύονται παραδοσιακά προς το τέλος του έτους, η Ελλάδα αποτελεί μια χώρα με σημαντική πρόοδο, σε ορισμένες από τις παραμέτρους που καθορίζουν την υγεία του πληθυσμού, αλλά και σημαντικές υστερήσεις - αρκετές εκ των οποίων είναι, πλέον, διαχρονικές.

Στο πεδίο της έκθεσης του πληθυσμού σε παράγοντες κινδύνου για την υγεία, η βασική απειλή για το επίπεδο υγείας, όπως μετράται σε όρους φορτίου νόσου αλλά και επιβάρυνσης της συνολικής θνησιμότητας, παραμένει το κάπνισμα. Αν και το ποσοστό των ατόμων του πληθυσμού, που δηλώνουν ότι καπνίζουν, έχει μειωθεί τα τελευταία χρόνια και πλέον κυμαίνεται στο 22%, εντούτοις παραμένει υψηλότερα του μέσου όρου της ΕΕ και συνεχίζει να επιδρά αρνητικά στην ευημερία του πληθυσμού, σε σημαντικό βαθμό. Η μείωση του καπνίσματος μπορεί να αποδοθεί σε μια σειρά από παράγοντες, όπως οι νομοθετικές παρεμβάσεις, οι κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες (π.χ. εισοδήματα, τιμές), στην αλλαγή των στάσεων και συμπεριφορών αλλά και στη διαφαινόμενη μείωση της συχνότητας της συνήθειας στις μικρότερες ηλικίες. Η τάση αυτή στις μικρότερες ηλικίες είναι ένα αισιόδοξο μήνυμα, που οφείλουμε να διασφαλίσουμε, με κατάλληλες πολιτικές υγείας, ότι θα συνεχιστεί.

Από την άλλη πλευρά, ανερχόμενη είναι η απειλή της παχυσαρκίας, ιδίως στα παιδιά και τους εφήβους. Το ποσοστό της παχυσαρκίας στους ενήλικες (16%) είναι σχετικά κοντά στο μέσο όρο της ΕΕ, αλλά με ανοδική τάση, γεγονός που οφείλεται στην αλλαγή του τρόπου ζωής (μείωση σωματικής άσκησης) αλλά και των διατροφικών συνθηθειών, οι οποίες συνέβησαν ιδίως κατά την οικονομική κρίση και συνεχίζουν να υφίστανται. Ιδιαίτερα ανησυχητικό εύρημα είναι το ποσοστό της παχυσαρκίας στα παιδιά και τους εφήβους, το οποίο είναι μεταξύ των υψηλότερων στην ΕΕ (26% στα άτομα 15 ετών, έναντι μέσου όρου 22% στην ΕΕ). Η δράση στο ζήτημα αυτό είναι απολύτως απαραίτητη. Πολιτικές όπως το εθνικό πρόγραμμα δράσης για την παιδική παχυσαρκία, το οποίο ανακοινώθηκε πρόσφατα, είναι αναμφίβολα προς τη σωστή κατεύθυνση, και χρειάζεται να ενδυναμωθεί και να πλαισιωθεί και από άλλες, ενδεχομένως ευρύτερες, δράσεις.

Στο πεδίο της χρόνιας νοσηρότητας, ως βασική αιτία θανάτου παραμένουν τα νοσήματα του κυκλοφορικού, τα οποία ευθύνονται για το ένα τρίτο των θανάτων ετησίως. Τα νεοπλάσματα ακολουθούν ως δεύτερη αιτία (περί το 23% της συνολικής θνησιμότητας), με πλέον συχνή διάγνωση τον καρκίνο του πνεύμονα. Σημαντική είναι η επίδραση στη θνησιμότητα των νοσημάτων του αναπνευστικού (περί το 10% των συνολικών θανάτων), καθώς, βεβαίως, και της COVID-19.

Τα παραπάνω δεδομένα αναφορικά με τη νοσηρότητα και τους παράγοντες κινδύνου για την υγεία θα πρέπει να συνεκτιμηθούν σε συνδυασμό με τη δημογραφική δυναμική του πληθυσμού της χώρας. Με βάση τις νεότερες εκτιμήσεις, το ποσοστό του πληθυσμού άνω των 65 ετών βρίσκεται σε ισχυρά ανοδική τάση, γεγονός που υπαινίσσεται υψηλή χρήση υπηρεσιών υγείας στο μέλλον, δοθέντος ότι οι εκτιμήσεις του προσδόκιμου επιβίωσης με καλή υγεία για τον πληθυσμό της Ελλάδας είναι συγκριτικά χαμηλότερες, σε σχέση με το μέσο όρο της ΕΕ.

συνέχεια στη σελ. 56 ▶



Κοτόπουλο με πιπεριές και γιαούρτι

Υλικά

- 2 κ.σ. ελαιόλαδο
- 2 φιλέτα στήθος κοτόπουλου, χωρίς πέτσα, κομμένα σε μπουκιές
- 2 ξερά κρεμμύδια κομμένα σε φέτες
- 3 χρωματιστες πιπεριές κομμένες σε φέτες
- Λίγο φρέσκο θυμάρι
- 1/2 φλ. λευκό ξηρό κρασί
- 400 γρ. ντοματάκια κονκασέ
- 1 κ.σ. πάπρικα γλυκιά
- Αλάτι
- Φρεσκοτριμμένο πιπέρι
- 1 κ.σ. μαϊντανό ψιλοκομμένο
- 200 γρ. στραγγιστό γιαούρτι 2% (1 κεσεδάκι)

Εκτέλεση

Ζεσταίνουμε πρώτα το ελαιόλαδο σε μέτρια φωτιά και ροδίζουμε το κρέας για 4' - 5', να αλλάξει χρώμα. Προσθέτουμε τα κρεμμύδια και τις πιπεριές. Πασπαλίζουμε με την πάπρικα και αφήνουμε τα λαχανικά να μαραθούν για 4'-5'. Προσθέτουμε το θυμάρι. Σβήνουμε με το κρασί και αφήνουμε το φαγητό να βράσει για 2' και να εξατμιστεί το αλκοόλ. Προσθέτουμε τις ντομάτες. Προσθέτουμε αλάτι και πιπέρι. Σκεπάζουμε και σιγοβράζουμε μέχρι να μαλακώσει το κοτόπουλο, για περίπου 15'. Αφού βράσει το φαγητό, το αποσύρουμε από τη φωτιά. Προσθέτουμε το γιαούρτι και το μαϊντανό και ανακατεύουμε.

Θερμίδες 1.222 | Πρωτεΐνες 145 γρ. | Υδατάνθρακες 76,24 γρ. | Λίπος 43 γρ. | Χοληστερόλη 385 χλγρ.

Εύκολες και νόστιμες συνταγές με κοτόπουλο

Κωνσταντίνα Πάλλιου

Κλινικός Διατροφολόγος- Διαιτολόγος MSc



Κριθαρότο με κοτόπουλο και μανιτάρια

Υλικά

- 1/3 φλ. ελαιόλαδο
- 1 κρεμμύδι ψιλοκομμένο
- 1 καρότο τριμμένο
- 1 σκελίδα σκόρδο
- 6 ασπρομανιτάρια μεγάλα (κομμένα σε φέτες)
- 350 γρ. κριθαράκι χονδρό
- 1/2 φλ. λευκό ξηρό κρασί
- 1 lt ζωμό κότας (ζεστό)
- 1 φιλέτο στήθος κοτόπουλο (μαγειρεμένο και ψιλοκομμένο)
- Ψητά ντοματίνια προαιρετικά
- Λίγο φρέσκο θυμάρι
- Αλάτι
- Πιπέρι (φρεσκοτριμμένο)

Εκτέλεση

Ζεσταίνουμε πρώτα το μισό από το ελαιόλαδο σε μικρή κατσαρόλα, σε δυνατή φωτιά. Προσθέτουμε το σκόρδο και τα μανιτάρια. Σοτάρουμε για 2 λεπτά.

συνέχεια στη σελ. 61 ▶

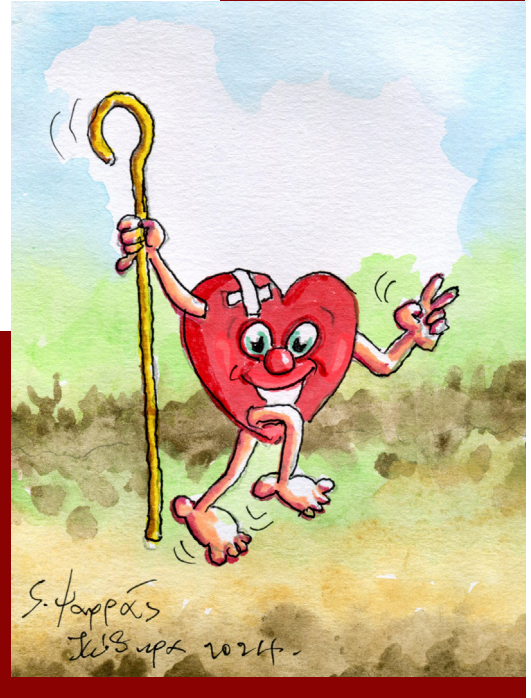
Άσκηση και Φυσική Δραστηριότητα μετά από Έμφραγμα του Μυοκαρδίου

Γεώργιος Βαβέτης Ph.D.
Κλινικός Εργοφυσιολόγος

Το έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι μία από τις κύριες αιτίες θανάτου τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες, αλλά οι γυναίκες προσβάλλονται κατά μέσο όρο 10 χρόνια αργότερα από τους άνδρες. Η κύρια υποκείμενη αιτία των καρδιαγγειακών παθήσεων και του εμφράγματος του μυοκαρδίου είναι η αθηροσκλήρωση. Στην αθηροσκληρωτική διαδικασία, οι ινώδεις πλάκες συσσωρεύονται στο εσωτερικό στρώμα των τοιχωμάτων της αρτηρίας και περιορίζουν τον αυλό της αρτηρίας, γεγονός που μειώνει τη ροή του αίματος. Τα υψηλά επίπεδα χοληστερόλης στο αίμα, ειδικά με τη μορφή χοληστερόλης LDL, παίζουν σημαντικό ρόλο στο σχηματισμό αθηρωματικών πλακών.

Το κάπνισμα θεωρείται ισχυρός παράγοντας κινδύνου για έμφραγμα του μυοκαρδίου, πρόωρη αθηροσκλήρωση και αιφνίδιο καρδιακό θάνατο.

Η κατανάλωση αλκοόλ σχετίζεται με οξεία υψηλότερο κίνδυνο εμφράγματος του μυοκαρδίου μεταξύ των ατόμων που συνήθως δεν πίνουν αλκοόλ καθημερινά. Υπάρχουν σταθερές ενδείξεις ότι η μέτρια συνήθης κατανάλωση αλκοόλ σχετίζεται με χαμηλότερο κίνδυνο καρδιαγγειακών συμβάντων, και ότι η έντονη κατανάλωση αλκοόλ σχετίζεται με υψηλότερο καρδιαγγειακό κίνδυνο. Το κάπνισμα θεωρείται ισχυρός παράγοντας κινδύνου για έμφραγμα του μυοκαρδίου, πρόωρη αθηροσκλήρωση και αιφνίδιο καρδιακό θάνατο. Το κάπνισμα οδηγεί σε πρώιμο STEMI, ειδικά σε υγιέστερους ασθενείς και αυξάνει τον κίνδυνο για OMI με πολλαπλούς και πολύπλοκους μηχανισμούς. Τόσο η συστολική όσο και η διαστολική υπέρταση αυξάνουν τον κίνδυνο εμφράγματος του μυοκαρδίου και όσο υψηλότερη είναι η πίεση, τόσο μεγαλύτερος ο κίνδυνος. Ο αυξημένος ΔΜΣ σχετίζεται άμεσα με τη συχνότητα εμφράγματος του μυοκαρδίου. Το έμφραγμα ενισχύεται σημαντικά από την ακραία παχυσαρκία επειδή είναι ένας αναγνωρισμένος



παράγοντας κινδύνου για έμφραγμα του μυοκαρδίου. Το χρόνιο στρες στη ζωή, η κοινωνική απομόνωση και το άγχος αυξάνουν τον κίνδυνο καρδιακής προσβολής και εγκεφαλικού. Το οξύ ψυχολογικό στρες σχετίζεται επίσης με αυξημένο κίνδυνο για στεφανιαία νόσο και έχει αναφερθεί ότι η έντονη θλίψη τις ημέρες μετά τον θάνατο ενός σημαντικού ατόμου μπορεί να προκαλέσει την έναρξη του εμφράγματος του μυοκαρδίου.

Υπάρχουν αδιάσειστα στοιχεία με κλινικές έρευνες, ότι η άσκηση και η φυσική δραστηριότητα, είναι μια αποτελεσματική παρέμβαση τόσο για την πρωτογενή όσο και για τη δευτερογενή πρόληψη των καρδιαγγειακών παθήσεων. Η τακτική και δομημένη άσκηση από επαγγελματίες της υγείας, μπορεί να αυξήσει τη στεφανιαία ροή του αίματος βελτιώνοντας τις αγγειοδιασταλτικές λειτουργίες, μειώνοντας το οξειδωτικό στρες του μυοκαρδίου, αποτρέποντας την απώλεια κυττάρων του μυοκαρδίου και περιορίζοντας την καρδιακή ίνωση, μειώνοντας τελικά τον κίνδυνο στεφανιαίας νόσου, μυοκαρδίτιδας, εμφράγματος του μυοκαρδίου αλλά και άλλων καρδιαγγειακών παθήσεων. Η αλληλεπίδραση μεταξύ του καρδιαγγειακού συστήματος και της άσκησης εξαρτάται βασικά από τον τύπο της άσκησης (αερόβια, αντίσταση) που εκτελείται, την ένταση και τη διάρκεια της άσκησης, αλλά και τη συμμετοχή της μυϊκής μάζας. Η πιο εντυπωσιακή νευροορμονική απόκριση στην τακτική φυσική δραστηριότητα είναι η βελτιωμένη καρδιακή

παρασυμπαθητική ρύθμιση. Η τακτική άσκηση υψηλής έντασης μπορεί να οδηγήσει σε καρδιακή μορφολογική προσαρμογή, που ονομάζεται καρδιά του αθλητή, δηλαδή υπερτροφία του μυοκαρδίου, η οποία είναι πιο έκκεντρη σε ασθενείς που εκτελούν προπόνηση αντοχής και πιο ομόκεντρη σε ασθενείς που εκτελούν προπόνηση αντιστάσεων.

Η χαμηλή ανοχή στην άσκηση που παρατηρείται σε ασθενείς μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου, είναι συνέπεια της μειωμένης απόκρισης της καρδιακής παροχής κατά την άσκηση, της μειωμένης αγγειοδιαστολής και της αυξημένης συστηματικής αγγειακής αντίστασης.

Η χαμηλή ανοχή στην άσκηση που παρατηρείται σε ασθενείς μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου, είναι συνέπεια της μειωμένης απόκρισης της καρδιακής παροχής κατά την άσκηση, της μειωμένης αγγειοδιαστολής και της αυξημένης συστηματικής αγγειακής αντίστασης. Οι συγκεκριμένοι μηχανισμοί που ευθύνονται για αυτές τις ευεργετικές επιδράσεις παραμένουν αμφισβητούμενοι, ιδίως αν ληφθεί υπόψη η ασήμαντη μείωση της υποτροπής του εμφράγματος του μυοκαρδίου μετά την καρδιακή αποκατάσταση. Έχει υποθεθεί ότι η μείωση της θνησιμότητας είναι αποτέλεσμα της μείωσης της κοιλιακής μαρμαρυγής (μειωμένος συμπαθητικός τόνος και ενισχυμένος παρασυμπαθητικός τόνος) ή λόγω του μηχανισμού της ισχαιμικής προετοιμασίας. Καθώς η βελτίωση της Καρδιοαναπνευστικής ικανότητας σχετίζεται με μειώσεις της θνησιμότητας μετά από ένα δομημένο και ολοκληρωμένο πρόγραμμα καρδιακής αποκατάστασης, η μέση αλλαγή στη φυσική κατάσταση που συμβαίνει έχει δώσει την αφορμή στους ερευνητές, για εκτενέστερη μελέτη.

Η Φάση II, με ιατρικά εποπτευόμενη προπόνηση περιλαμβάνει συνήθως 2-3 συνεδρίες την εβδομάδα για εξωτερικούς ασθενείς και 5-6 συνεδρίες την εβδομάδα για οικιακούς και υβριδικούς ασθενείς. Κάθε συνεδρία συνήθως διαρκεί 30-60 λεπτά. Ισχύουν οι γενικοί κανόνες άσκησης σύμφωνα με το Συνταγολόγιο, μέτριας έντασης αερόβια προπόνηση (45-59% της μέγιστης κατανάλωσης οξυγόνου, 4-6 METs ή 12-14 στην κλίμακα Borg), και συνιστάται αρχικά για ασθενείς χαμηλού κινδύνου. Οι ασθενείς μεσαίου και υψηλού κινδύνου θα πρέπει να ξεκινούν την άσκηση σε ένταση 40% του καρδιακού ρυθμού εφεδρείας. Οι ασθενείς θα πρέπει να είναι σωματικά δραστήριοι για 20-30 λεπτά την ημέρα μέχρι το σημείο της ελαφριάς δύσπνοιας και όσοι δεν το επιτυγχάνουν αυτό θα πρέπει να συμβουλευούνται να αυξήσουν τη δραστηριότητά τους σταδιακά. Χρονικά τοποθετείται η άσκηση, στην 3η Φάση της αποκατάστασης μετά από το έμφραγμα του μυοκαρδίου και συνιστάται η έναρξη της μεταξύ 4ης και 8ης εβδομάδας μετά την έξοδο από το νοσοκομείο και θα πρέπει να διαρκεί 6-12 εβδομάδες σύμφωνα με την πρόοδο του

ασθενούς. Αυτή η φάση λαμβάνει τη μορφή δομημένων συνεδριών άσκησης, αλλά και συμπληρωματικών προ-σπαθειών για την αύξηση των καθημερινών επιπέδων φυσικής δραστηριότητας.

Η Καρδιακή Αποκατάσταση ολοκληρώνεται είτε σε νοσοκομειακό περιβάλλον, είτε από επαγγελματίες υγείας που έχουν εκπαιδευτεί στην Καρδιακή Αποκατάσταση. Η ασφαλής και αποτελεσματική εξέλιξη της πορείας του ασθενούς, επιτυγχάνεται αυξάνοντας τη συχνότητα και τη διάρκεια των επιλεγμένων δραστηριοτήτων αρχικά, και στην συνέχεια με την αύξηση της έντασης. Κατά τα αρχικά στάδια της άσκησης, η προθέρμανση και η αποθεραπεία αποτελούν τα δομικά στοιχεία του προγράμματος, φτάνοντας το κυρίως μέρος να προσεγγίζει εντάσεις 60-75% του προβλεπόμενου καρδιακού παλμού προσαρμοσμένο στην ηλικία. Αυτή η ένταση ισοδυναμεί με 11-13 στην κλίμακα Borg (RPE). Με την συστηματική προπόνηση, ο καρδιακός ρυθμός μπορεί να αυξηθεί στο 70-85% του προβλεπόμενου ή πραγματικού μέγιστου καρδιακού παλμού.

Συνιστάται να ελέγχουμε τον καρδιακό ρυθμό, την αρτηριακή πίεση και την κλίμακα RPE του Borg κατά τη διάρκεια κάθε προπόνησης. Ο ρυθμός αντιληπτής προσπάθειας (δύσπνοια) και ο καρδιακός ρυθμός θα πρέπει να συσχετίζονται, ωστόσο μερικές φορές οι ασθενείς υποτιμούν ή υπερεκτιμούν τον ρυθμό αντιληπτής καταπόνησης. Η κολύμβηση μπορεί να εισαχθεί στη Φάση 3, αλλά δεν συνιστάται μέχρι να ολοκληρωθούν 6-8 εβδομάδες αποκατάστασης.

Η άσκηση μπορεί να αναστρέψει την αναδιαμόρφωση της κοιλίας μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου μέσω πολλαπλών μηχανισμών, συμπεριλαμβανομένης της ρύθμισης της έκφρασης του miRNA στους καρδιακούς ιστούς, ενισχύοντας τη συσταλτικότητα του μυοκαρδίου, τον ενεργειακό μεταβολισμό των καρδιομυοκυττάρων, την αναστροφή του οξειδωτικού στρες, την προαγωγή της αγγειογένεσης και τη μείωση της φλεγμονής. Αν και η αλληλεπίδραση μεταξύ άσκησης και αντιπηκτικών, αντιαιμοπεταλιακών, ανταγωνιστών των υποδοχέων της αγγειοτενσίνης II, αναστολέων διαύλων ασβεστίου και στατινών έχει αναφερθεί ότι εμπλέκονται στην προστασία από καρδιοαγγειακές παθήσεις, οι κρίσιμες πτυχές της καρδιοπροστασίας που προκαλεί η άσκηση, μπορεί να αλλάξουν λόγω της πολυπλοκότητας των αλληλεπιδράσεων άσκησης-φαρμάκου. ●

Τα βγάζουμε σε πιάτο. Στο ίδιο τηγάνι ρίχνουμε το υπόλοιπο ελαιόλαδο. Σοτάρουμε το κρεμμύδι για 2 με 3 λεπτά, για να γίνει διάφανο, χωρίς να πάρει χρώμα. Προσθέτουμε το κριθαράκι, ανακατεύουμε να λαδωθεί. Προσθέτουμε το κρασί και αφήνουμε να εξατμιστεί το αλκοόλ, ανακατεύοντας. Προσθέτουμε τα ντοματίνια. Λίγο λίγο και σταδιακά προσθέτουμε το ζεστό ζωμό, ακολουθώντας τη διαδικασία, όπως όταν φτιάχνουμε ριζότο. Κάθε φορά που απορροφάται ο ζωμός προσθέτουμε επιπλέον. Στα μισά του βρασμού προσθέτουμε το καρότο και το ψιλοκομμένο κοτόπουλο. Δεν ξεχνάμε το τακτικό ανακάτεμα, αλλά όχι συνεχές, γιατί στο τέλος σπάει το κριθαράκι και λασπώνει το κριθαρότο. Αλατοπιπερώνουμε και προσθέτουμε το μαγειρεμένο κοτόπουλο ψιλοκομμένο. Μαγειρεύουμε περίπου για 15 λεπτά από την ώρα που μπαίνει ο ζωμός στο τηγάνι. Αρωματίζουμε και ελέγχουμε το αλατοπίπερο προς το τέλος του βρασμού. Αποσύρουμε από τη φωτιά όσο ακόμα είναι ζουμερό και κρατάει λίγο η καρδιά του, δηλαδή είναι *al dente*. Όταν φτιάχνω αυτό το πιάτο στο σπίτι μου, στα τελευταία λεπτά του βρασμού ραντίζω με λίγο ωμό ελαιόλαδο.

Θερμίδες 1.192 | Πρωτεΐνες 132γρ. | Υδατάνθρακες 81γρ. | Λίπος 41,6γρ. | Χοληστερόλη 365 χλγρ.



Κοτόπουλο με φασολάκια

Υλικά

1 κοτόπουλο χωρίς πέτσα, κομμένο σε μερίδες, γύρω στο 1,5 κιλό
1/2 φλ. ελαιόλαδο
1 kg φασολάκια
1 κρεμμύδι ψιλοκομμένο
1 καρότο

1 κ.σ. πελτέ
2 σκελίδες σκόρδο σε φέτες
5-6 ώριμες και σφιχτές ντομάτες ψιλοκομμένες
1 κ.γ. ζάχαρη
1/2 ματσάκι μαϊντανό ψιλοκομμένο
Αλάτι
Φρεσκοτριμμένο πιπέρι
250 γρ. αρακά

Εκτέλεση

Στεγνώνουμε καλά τις μερίδες κοτόπουλου σε απορροφητικό χαρτί. Αφήνουμε το κοτόπουλο για λίγη ώρα να έρθει σε θερμοκρασία δωματίου. Βάζουμε το ελαιόλαδο σε φαρδιά κατσαρόλα σε μέτρια προς δυνατή φωτιά. Ροδίζουμε λίγα λίγα τα κομμάτια κοτόπουλο γύρω γύρω. Προσθέτουμε το καρότο, το κρεμμύδι και το σκόρδο και συνεχίζουμε το σοτάρισμα για 2-3 λεπτά. Προσθέτουμε τον πελτέ και τον τρίβουμε ελαφρά στη βάση της κατσαρόλας για να βγάλει τα αρώματά του. Τέλος, ρίχνουμε τις ψιλοκομμένες ντομάτες και τη ζάχαρη. Χαμηλώνουμε τη φωτιά, σκεπάζουμε το κοτόπουλο και σιγοβράζουμε για 20' λεπτά να μισομαλακώσει. Εάν οι ντομάτες δεν έχουν πολλά υγρά, προσθέτουμε ελάχιστο νερό για να βράσει το κοτόπουλο. Καθαρίζουμε τα φασολάκια, εάν έχουν ίνες τις αφαιρούμε και αν είναι μακριά τα κόβουμε στη μέση. Εναλλακτικά χρησιμοποιούμε κατεψυγμένα φασολάκια. Αφού βράσει το κοτόπουλο για 20', τότε προσθέτουμε τα φασολάκια και προαιρετικά τον αρακά. Προσθέτουμε αλάτι και πιπέρι και συνεχίζουμε το βράσιμο για 40' λεπτά σε μέτρια φωτιά μέχρι να μαλακώσουν τα φασολάκια χωρίς να λιώσουν. Μαγειρεύουμε το φαγητό μέχρι να μελώσει η σάλτσα του. Προς το τέλος προσθέτουμε τον ψιλοκομμένο μαϊντανό.

Θερμίδες 2.480 | Πρωτεΐνες 372 γρ. | Υδατάνθρακες 140 γρ. | Λίπος 60 γρ. | Χοληστερόλη 1095 χλγρ. ◉

Η αξία της διατήρησης σταθερού βάρους στην υγεία μας

Ιωάννα Αρσενοπούλου

Ιατρός Γενικής Ιατρικής

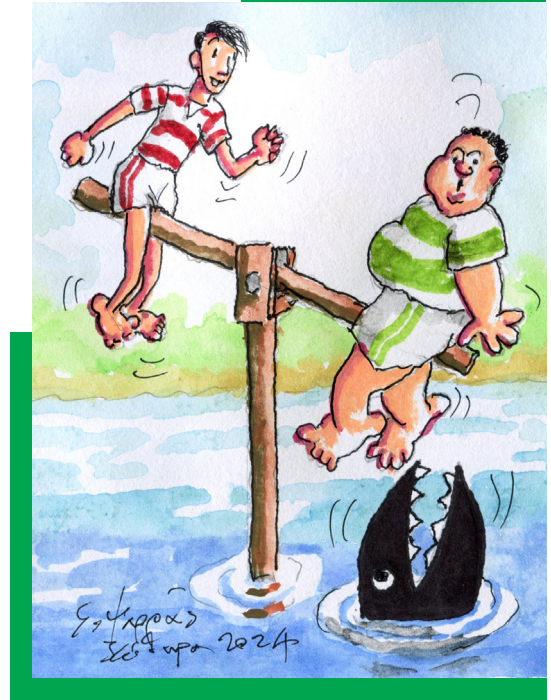
Εξειδίκευση σε Διατροφική Ιατρική

(Master of Science, University of Surrey)

Ενα από τα σημαντικά ζητήματα γύρω από την παχυσαρκία, είναι οι διαδοχικές αυξομειώσεις του βάρους (το λεγόμενο γιο-γιά), στα υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα, τα οποία κάνουν δίαιτες για απώλεια βάρους. Τα τελευταία χρόνια, με την ανάπτυξη και τη συχνή χρήση φαρμάκων για απώλεια βάρους, το φαινόμενο αυτό αποκτά ιδιαίτερη και βαρύνουσα σημασία για την περαιτέρω υγεία των ατόμων αυτών σε προχωρημένη ηλικία.

Στην καθημερινή πρακτική στο ιατρείο, παρατηρούμε συχνά παχύσαρκα/υπέρβαρα άτομα, αρχικά να χάνουν βάρος και μετά, αφού πετύχουν το στόχο τους, να σταματάνε την παρακολούθηση από τον ειδικό, χωρίς να ακολουθήσουν το επόμενο ακόμα πιο σημαντικό στάδιο, δηλαδή, ένα μακροχρόνιο στάδιο συντήρησης, κατά τη διάρκεια του οποίου μαθαίνει ο ασθενής να διατηρεί σταθερό το βάρος του για μεγάλο χρονικό διάστημα (δύο τουλάχιστον ετών). Αυτό παρατηρείται, διότι οι περισσότεροι από τους ασθενείς, όντας ίσως και κουρασμένοι από το στάδιο της απώλειας, θεωρούν ότι το στάδιο της συντήρησης δεν είναι σημαντικό, και το παραβλέπουν, παρά τις αντίθετες οδηγίες που έχουν λάβει. Η πλειοψηφία αυτών, πρόκειται, σε κάποιους μήνες ή σε λίγα χρόνια, να βιώσει επεισόδια αυξομείωσης του σωματικού τους βάρους.

Τι συμβαίνει, όμως, στο ανθρώπινο σώμα σε αυτή την περίπτωση; Γνωρίζουμε βέβαια, ότι σε μακροχρόνια βάση, όταν κάποιος χάνει βάρος, ο οργανισμός του τείνει να χάνει εκτός από λίπος και ένα ποσοστό από την άλιπη μάζα (κυρίως μυϊκή μάζα). Φαίνεται από μελέτες που έγιναν, ότι όταν το άτομο επαναπροσλάβει βάρος, ξαναπαίρνει όχι μόνο όλο του το λίπος αλλά όλο και περισσότερο κάθε φορά. Αντίθετα, παίρνει πίσω μικρότερο ποσοστό από τη μυϊκή μάζα του κάθε φορά. Κάθε τέτοιος κύκλος απώλειας και επαναφοράς του βάρους, με την πάροδο του χρόνου, καταλήγει σε μικρότερο βάρος της μυϊκής του μάζας και σε μεγαλύτερο βάρος του λιπώδους ιστού από ότι θα υπήρχε χωρίς τις αυξομειώσεις αυτές. Πρόσφατη επιβεβαίωση για αυτό αποτελεί και η μελέτη του καθηγητή Tom Yates του Πανεπιστημίου του Leicester, σύμφωνα με την οποία, άτομα τα οποία έχασαν μεγαλύτερο από 5% του βάρους τους σε 12 μήνες και μετά στους επόμενους 12 μήνες το επαναπροσέλαβαν, είχαν χάσει σχεδόν 1,5 κιλό από τη μυϊκή τους μάζα, ενώ ο λιπώδης ιστός ήταν ο ίδιος με τον αρχικό. Η απώλεια αυτή ισοδυναμεί με τη φυσιολογική απώλεια μυϊκής μάζας, που επέρχεται σε μία δεκαετία με τη γήρανση, σε υγιείς ενήλικες που διατηρούν σταθερό βάρος. Το συμπέρασμα των ερευνητών είναι ότι οι κύκλοι



απώλειας και επαναπόσληψης βάρους, σε άτομα υπέρβαρα ή με παχυσαρκία, συνδέονται με σταδιακή απώλεια της μυϊκής μάζας και σταδιακή αύξηση του λιπώδους ιστού και επιτείνουν την απώλεια που επέρχεται ούτως ή άλλως με τη γήρανση στις μεγαλύτερες ηλικίες. Αυτό είναι πιθανό να οδηγήσει σε σαρκοπενία και μυϊκή αδυναμία (frailty), η οποία είναι συχνή αιτία σοβαρών προβλημάτων υγείας για ηλικιωμένους με κατάληξη ακόμα και θάνατο (π.χ. πτώσεις).

Για να αποφευχθεί αυτό είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι:

- α)** η απώλεια βάρους πρέπει να γίνεται με τέτοιο τρόπο ώστε να χάνεται κατά κύριο λόγο λίπος και να διατηρείται η μυϊκή μάζα, και συνήθως αυτό επιτυγχάνεται με βοήθεια από ειδικό και όχι με τυχαίες δίαιτες, ενίοτε καταστροφικές.
- β)** οι κύκλοι απώλειας και επαναπόσληψης βάρους πρέπει να αποφευχθούν με κάθε τρόπο, ακόμα και αν αυτό σημαίνει ότι θα υπάρχει μακροχρόνια παρακολούθηση από ειδικό, ειδικά σε άτομα υψηλού κινδύνου για υποτροπές επαναπόσληψης βάρους.
- γ)** η ενδυνάμωση των μυών κατά τη διαδικασία απώλειας βάρους, αλλά και κατά τη επόμενη χρονική περίοδο της συντήρησης, αποτελεί σημαντικό παράγοντα οφέλους, ώστε με την πάροδο των ετών να αποφευχθεί η σοβαρή απώλεια μυϊκής μάζας.

Για υγιή γήρανση λοιπόν, προσέχουμε την υγεία του μυϊκού μας συστήματος και αποφεύγουμε τις συχνές αυξομειώσεις του σωματικού μας βάρους. ●

Πρόληψη καρδιαγγειακού κινδύνου στην παιδική ηλικία

Μαριέττα Χαρακίδα

MD, PhD, Παιδίατρος-Παιδοκαρδιολόγος
B' Παιδιατρική Πανεπιστημιακή Κλινική Νοσοκομείου Π&Α
Κυριακού

Είναι γνωστό, ότι καρδιολογικά νοσήματα, έμφραγμα του μυοκαρδίου και εγκεφαλικά επεισόδια, εκδηλώνονται συνήθως στις μεγαλύτερες ηλικίες, όμως η διαδικασία της αθηρογένεσης, που είναι η βασικότερη αιτία των καρδιαγγειακών νοσημάτων, ξεκινά από πολύ νωρίς ήδη από την παιδική ηλικία. Σύγχρονες επιδημιολογικές μελέτες καταδεικνύουν, τα τελευταία χρόνια, μία σημαντική αύξηση στην επίπτωση της καρδιαγγειακής νόσου στους ενήλικες, ενώ, ταυτόχρονα, έχει διαπιστωθεί πως η εμφάνιση καρδιαγγειακών συμβάντων παρουσιάζεται σε νεαρότερες ηλικίες, συγκριτικά με το παρελθόν.

Η αύξηση αυτή δεν οφείλεται σε αλλαγές του ανθρώπινου γονιδιώματος αλλά σε αλλαγές στον τρόπο ζωής και τις καθημερινές συνήθειες των ατόμων. Η καθιστική ζωή, η κακή διατροφή με αύξηση της κατανάλωσης έτοιμων επεξεργασμένων τροφών, η κατανάλωση αλκοόλ, η έναρξη του καπνίσματος, το άγχος και η ρύπανση της ατμόσφαιρας συνιστούν παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου και σχετίζονται με την ευδαιμονία του σύγχρονου Δυτικού τρόπου ζωής. Ανησυχητικά είναι τα δεδομένα που δείχνουν ότι, περίπου 8,5% των εφήβων ηλικίας 12-19 χρονών έχουν τιμές ολικής χοληστερόλης μεγαλύτερες από 200mg/dl και, ταυτόχρονα, το ποσοστό των εφήβων με φυσιολογικό βάρος και παθολογικές τιμές χοληστερόλης αγγίζει το 14,2%. Στις ηλικίες 13-15 ετών υπολογίζεται πως περίπου το 35% των εφήβων καπνίζουν συστηματικά, με την πλειονότητα αυτών να έχουν ξεκινήσει το κάπνισμα ήδη από την ηλικία των 10 ετών και μερικά από τα παιδιά μπορούν να εκτεθούν σε εθιστικές ουσίες. Η υπερβολική έκθεση και απασχόληση σε ηλεκτρονικά παιχνίδια ή στην τηλεόραση έχει επιδεινωθεί στα χρόνια της πανδημίας του Covid 19 και συνδέεται με νευρογνωστικές διαταραχές και προάγει την καθιστική ζωή.

Η κατάλληλη διατροφή είναι θεμελιώδης για την πρόληψη του καρδιαγγειακού κινδύνου. Η προώθηση της μεσογειακής διατροφής, πλούσιας σε φρούτα, λαχανικά και δημητριακά ολικής άλεσης, με ελάχιστα επεξεργασμένα τρόφιμα, βοηθά στον έλεγχο του βάρους, της αρτηριακής πίεσης και των επιπέδων χοληστερόλης. Η εκπαίδευση των γονέων και των παιδιών σχετικά με μια υγιεινή διατροφή, προσαρμοσμένη στην ηλικία και τις ανάγκες του παιδιού, φαίνεται πως μπορεί να έχει μακρόχρονη επίδραση στην υγεία των παιδιών και να καθυστερήσει την εμφάνιση αθηροσκλήρυνσης.



Η προώθηση της τακτικής φυσικής άσκησης στην παιδική και εφηβική ηλικία θα πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα. Για αυτό το λόγο απαιτούνται στοχευμένα προγράμματα φυσικής αγωγής, ενημέρωση από επαγγελματίες υγείας στα σχολεία και εξωσχολικά αθλήματα που μπορούν να ενισχύσουν την αγάπη για την άσκηση και να ωθήσουν τα παιδιά να αναπτύξουν συνήθειες που θα παραμείνουν και στην ενήλικη ζωή. Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της Αμερικανικής Καρδιολογικής Εταιρείας, απαιτούνται τουλάχιστον 60 λεπτά άσκησης την ημέρα στα παιδιά για την προαγωγή όχι μόνο της σωματικής αλλά και της ψυχικής τους υγείας.

Ο τακτικός παιδιατρικός έλεγχος στην παιδική ηλικία εξασφαλίζει την παρακολούθηση του σωματικού βάρους και του δείκτη μάζας σώματος καθώς και της αρτηριακής πίεσης. Ανάλογα με το οικογενειακό ιστορικό και την ηλικία πραγματοποιείται επίσης έλεγχος των επιπέδων λιπιδίων και γλυκόζης στο αίμα. Οι προληπτικοί αυτοί έλεγχοι απαιτούνται για την έγκαιρη ανίχνευση των παραγόντων κινδύνου που αφορούν στο καρδιαγγειακό σύστημα και κατ' επέκταση στην έγκαιρη αντιμετώπισή τους.

συνέχεια στη σελ. 56 ▶