

# ΣΤΟΥΣ ΡΥΘΜΟΥΣ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ

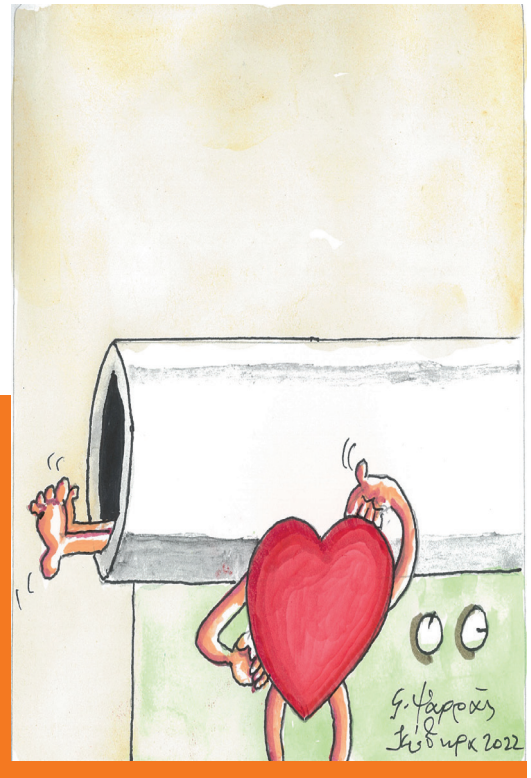
ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ  
ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ  
**HELLENIC HEART FOUNDATION**



Είναι η αξονική  
στεφανιογραφία  
μια ασφαλής  
και αξιόπιστη  
εναλλακτική της  
επεμβατικής  
στεφανιογραφίας;

**Γεώργιος Ν. Μπενέτος**  
Καρδιολόγος

Σε αυτό το ερώτημα προσπάθησε να δώσει απάντηση η πρόσφατα δημοσιευμένη μελέτη DISCHARGE (Μάρτιος 2022) στο New England Journal of Medicine.



**Προϋπάρχουσα γνώση:** Η **επεμβατική στεφανιογραφία** είναι η εξέταση αναφοράς για την παρουσία στεφανιαίων στενώσεων, ενώ δίνει και τη δυνατότητα παρέμβασης και αντιμετώπισής τους με αγγειοπλαστική στον ίδιο χρόνο. Η εξέταση πραγματοποιείται μόνο σε νοσοκομειακό περιβάλλον, σε συνθήκες χειρουργείου, η πρόσβαση στις στεφανιαίες αρτηρίες γίνεται με ειδικούς καθετήρες από την αρτηρία του χεριού και απαιτεί παραμονή στο νοσοκομείο για τουλάχιστον 6 ώρες. Παρόλα αυτά, μπορεί να συνοδευτεί από σπάνιες περι-επεμβατικές επιπλοκές, όπως αιμορραγία, έμφραγμα μυοκαρδίου, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, διαχωρισμός στεφανιαίου αγγείου, καρδιακός επιπωματισμός, θανατηφόρες αρρυθμίες. Η **αξονική στεφανιογραφία**, από την άλλη, έχει αναδειχθεί, τα τελευταία χρόνια, σε μια πολύ αξιόπιστη **μη επεμβατική** τεχνική διάγνωσης ή αποκλεισμού στεφανιαίας νόσου.

Δύο μεγάλες τυχαιοποιημένες μελέτες ανέδειξαν τη διαγνωστική ακρίβεια της αξονικής στεφανιογραφίας. Η πρώτη μεγάλη έρευνα, η PROMISE, συνέκρινε την προγνωστική αξία της αξονικής στεφανιογραφίας έναντι λειτουργικών δοκιμασιών στη διερεύνηση της σταθερής στηθάγχης. Ειδικότερα, 10.000 ασθενείς με σταθερή στηθάγχη τυχαιοποιήθηκαν είτε σε διερεύνηση με αξονική στεφανιογραφία, είτε με λειτουργικές δοκιμασίες ισχυαίμας (stress echo, σπινθηρογράφημα μυοκαρδίου). Το τελικό καταληκτικό σημείο ήταν θάνατος, έμφραγμα μυοκαρδίου, νοσηλεία για ασταθή στηθάγχη ή περιεπεμβατική επιπλοκή. Μετά από ένα διάστημα παρακολούθησης 2 ετών, δεν υπήρχε διαφορά στο πρωτογενές καταληκτικό σημείο μεταξύ των δύο προσεγγίσεων. Παρόλα αυτά, το διάστημα παρακολούθησης ήταν σχετικά βραχύ, με μικρό αριθμό τεκμηριωμένων συμβάντων στα δύο σκέλη (3.3%, έναντι 3% αντίστοιχα), πιθανότατα λόγω και του σχετικά χαμηλού ρίσκου ασθενών που συμπεριελήφθησαν.

Αντίθετα, η σημαντική προγνωστική αξία της αξονικής στεφανιογραφίας επιβεβαιώθηκε για πρώτη φορά σε τυχαιοποιημένη μελέτη στη μακροχρόνια παρακολούθηση της μελέτης SCOT-HEART. Ειδικότερα, 4.146 ασθενείς με σταθερή στηθάγχη τυχαιοποιήθηκαν είτε σε κλασική διερεύνηση, είτε σε κλασική διερεύνηση και αξονική στεφανιογραφία. Το πρωτογενές καταληκτικό σημείο ήταν θάνατος ή έμφραγμα μυοκαρδίου. Μετά από ένα διάμεσο διάστημα παρακολούθησης 5 ετών, το σκέλος της αξονικής στεφανιογραφίας εμφάνιζε μικρότερη επίπτωση του καταληκτικού σημείου, επιβεβαιώνοντας έτσι τη σημαντική προγνωστική αξία της χρήσης της στη διαγνωστική προσέγγιση αυτών των ασθενών. Η διαφορά στο καταληκτικό σημείο οφειλόταν κυρίως στη μείωση του εμφράγματος, ενώ δεν παρατηρήθηκε διαφορά στη θνητότητα. Η ερμηνεία του αποτελέσματος,

σύμφωνα με τους ερευνητές, ήταν αφενός η γρηγορότερη εφαρμογή θεραπείας πρόληψης (συμπεριλαμβανομένων στατίνης και ασπιρίνης) στους ασθενείς με αθηρωμάτωση στην αξονική στεφανιογραφία και αφετέρου η εγκαιρότερη καταφυγή σε επεμβατική στεφανιογραφία των ασθενών με κριτική στένωση στην αξονική στεφανιογραφία.

Σκοπός της παρούσας μελέτης DISCHARGE ήταν να συγκρίνει την αξονική στεφανιογραφία με την επεμβατική στεφανιογραφία στη διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση ασθενών, με σταθερή στηθάγχη, που παραπέμπονταν για επεμβατική στεφανιογραφία. Πρωτογενές καταληκτικό σημείο ήταν ο συνδυασμός καρδιαγγειακού θανάτου, εμφράγματος μυοκαρδίου ή αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Δευτερογενές καταληκτικό σημείο ήταν η επίπτωση μείζονων περι-επεμβατικών επιπλοκών, κατά τη διάρκεια ή εντός 48 ωρών από την αξονική ή την επεμβατική στεφανιογραφία, ή από σχετιζόμενες με αυτές εξετάσεις ή σχετιζόμενες με αυτές επεμβάσεις επαναιμάτωσης. Οι επιπλοκές που εμφανίζονταν σε επεμβατική στεφανιογραφία ή επαναιμάτωση, μετά από αξονική, αποδίδονταν στο σκέλος της αξονικής.

**Μέθοδοι:** Διαδοχικοί ασθενείς ενδιάμεσης προ-διαγνωστικής πιθανότητας για στεφανιαία νόσο (10-60%), που παραπέμπονταν σε ένα από τα 26 ευρωπαϊκά κέντρα του πρωτοκόλλου για επεμβατική στεφανιογραφία, συμπεριλαμβάνονταν στη μελέτη. Κριτήρια αποκλεισμού ήταν η αιμοκάθαρση, η εγκυμοσύνη και η απουσία φλεβοκομβικού ρυθμού. Οι ασθενείς τυχαιοποιούνταν να υποβληθούν είτε σε αξονική στεφανιογραφία (τουλάχιστον 64 τομών) είτε σε επεμβατική στεφανιογραφία. Με βάση το πρωτόκολλο, οι ασθενείς χωρίς αποφρακτική στεφανιαία νόσο παραπέμπονταν στον θεράποντα ιατρό χωρίς παρέμβαση. Στους ασθενείς με αποφρακτική στεφανιαία νόσο, η απόφαση για επαναιμάτωση λαμβανόταν από ομάδα καρδιάς και με βάση τις ισχύουσες κατευθυντήριες οδηγίες. Σε όλους τους ασθενείς δίνονταν περαιτέρω οδηγίες για δευτερογενή πρόληψη και τροποποίηση παραγόντων κινδύνου.

**Αποτελέσματα:** Σε ένα διάστημα 4 ετών, τυχαιοποιήθηκαν 3.667 ασθενείς ενδιάμεσης προ-διαγνωστικής πιθανότητας για στεφανιαία νόσο, με σταθερή στηθάγχη. Οι 1.833 υποβλήθηκαν σε αξονική στεφανιογραφία και οι 1.834 σε επεμβατική. Το διάμεσο διάστημα παρακολούθησης ήταν 3,5 έτη και επετεύχθη στο 98.9% των συμμετεχόντων. Σημαντικές στενώσεις στα στεφανιαία αγγεία (>50%) αναδειχθηκαν σε λιγότερο από το 1/3 των ασθενών (25,7%) και στις δύο ομάδες. Η επίπτωση του πρωτογενούς καταληκτικού σημείου ήταν παρόμοια στις δύο ομάδες (2,1% στην αξο-

συνέχεια στη σελ. 26 ▶

**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, Κ. Θωμόπουλος,

Γ. Κολοβού, Ι. Μπαρμετσάας, Δ. Ρίχτερ, Ντ. Σιαλβέρα, Β. Σπανός

**ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ:** Γ. Καλλιούπη, Μ. Πομόνη

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

# Διαγνωστική και Θεραπευτική προσέγγιση νέων ασθενών με Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο

ΣΤΗΝ  
ΕΛΛΑΔΑ...  
ΚΑΙ ΤΟΝ  
ΚΟΣΜΟ

**Αναστάσιος Χ. Αποστολός | MD, PhD(c)**

Ιατρός, Υποψήφιος Διδάκτωρ, Α' Καρδιολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»

**Μαρία Ι. Δρακοπούλου | MD, PhD**

Καρδιολόγος, Ε.Δι.Π., Α' Καρδιολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»

**Γεώργιος Τρανταλής | MD, PhD**

Επιμελητής Α', Καρδιολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»

**Γεώργιος Τσιβγούλης | MD, PhD**

Καθηγητής Νευρολογίας, Β' Νευρολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, ΠΓΝΑ «Αττικόν», Πρόεδρος Ελληνικής Νευρολογικής Εταιρείας

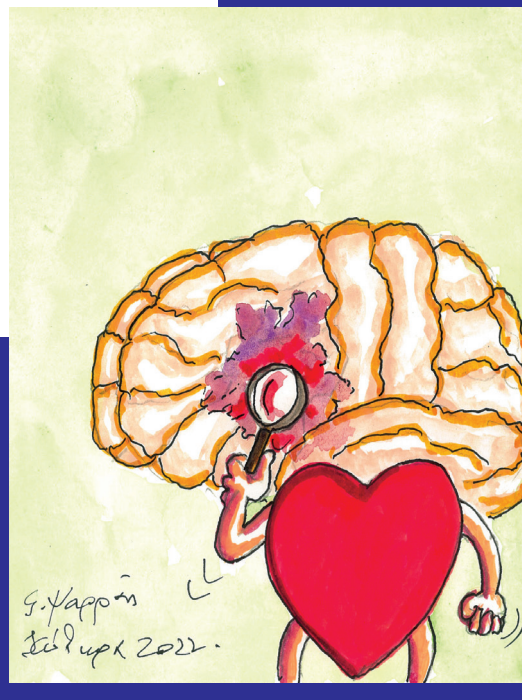
**Κωνσταντίνος Π. Τούτουζας | MD, PhD**

Καθηγητής Καρδιολογίας, Α' Καρδιολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», Γενικός Γραμματέας Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας

**Τ**ο Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο (ΑΕΕ) είναι μια παθολογική κατάσταση, κατά την οποία μειώνεται σημαντικά ή διακόπτεται πλήρως η ροή του αίματος προς μια συγκεκριμένη περιοχή του εγκεφάλου. Ανάλογα με τον υποκείμενο μηχανισμό πρόκλησης, τα ΑΕΕ διακρίνονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες: τα αιμορραγικά και τα ισχαιμικά.

Στο αιμορραγικό ΑΕΕ, η διακοπή της αιμάτωσης συμβαίνει λόγω ρήξης κάποιου αγγείου, εντός ή εκτός του εγκεφάλου. Αντίθετα, στο ισχαιμικό ΑΕΕ, κάποιο εμπόδιο (συνήθως θρόμβος ή έμβολο) αποφράσσει τον αυλό του αγγείου, εμποδίζοντας την αιμάτωση του εγκεφαλικού παρεγχύματος.

Ανεξαρτήτως της υποκείμενης αιτιολογία του ΑΕΕ, το αποτέλεσμα είναι το ίδιο: ο εγκέφαλος δεν αιματώνεται, δεν οξυγονώνεται και δε λαμβάνει τις απαραίτητες ουσίες για τη λειτουργία του. Όταν η υποάρδρευση διαρκεί ένα εύλογο χρονικό διάστημα, οδηγεί στη νέκρωση του εν λόγω τμήματος, γεγονός που πιθανώς να οδηγήσει σε μόνιμες βλάβες ή ακόμα και στο θάνατο!



Η επίπτωση του ΑΕΕ στην κοινωνία του 21<sup>ου</sup> αιώνα είναι τεράστια. Ένας στους δέκα θανάτους συσχετίζεται με αιμορραγικό ή ισχαιμικό ΑΕΕ παγκοσμίως, ενώ μόνο η στεφανιαία νόσος και ο καρκίνος προκαλούν λιγότερους θανάτους στο Δυτικό κόσμο. Παράλληλα, τα ΑΕΕ αποτελούν και ένα από τα συχνότερα αίτια αναπηρίας, αφού μελέτες έχουν δείξει ότι μόλις ένας στους τέσσερις ασθενείς επανέρχεται πλήρως μετά από ένα τέτοιο επεισόδιο! Επιπρόσθετα, ασθενείς με ιστορικό ΑΕΕ διατρέχουν σημαντικά μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης άνοιας στη μετέπειτα ζωή τους.

Όπως αναμένεται, το ΑΕΕ συναντάται πιο συχνά σε μεγαλύτερους ηλικιακά ασθενείς, οι οποίοι έχουν περισσότερες συννοσηρότητες και έχουν περισσότερους παράγοντες κινδύνους για ΑΕΕ. Παράγοντες κινδύνους για ΑΕΕ είναι η αρτηριακή υπέρταση, η κολπική μαρμαρυγή, η υπερχοληστερολαιμία, η νόσος των καρωτίδων και ο σακχαρώδης διαβήτης, καταστάσεις των οποίων η επίπτωση αυξάνεται με την ηλικία. Αντίθετα στους νεότερους ασθενείς, η υποκείμενη παθολογία του ΑΕΕ διαφέρει. Οι συνηθισμένοι καρδιαγγειακοί παράγοντες κινδύνου που αναφέρθηκαν προηγουμένως σπανιότερα συναντώνται στους νέους. Μόνο το κάπνισμα θα μπορούσε να θεωρηθεί εξίσου επιβαρυντικό σε όλους τους ασθενείς, ανεξαρτήτως ηλικίας.

Παρόλο την ενδελεχή διερεύνηση των ασθενών με ΑΕΕ, η αιτιολογία για το 30% των ισχαιμικών ΑΕΕ παραμένει αδιευκρίνιστη και ως εκ τούτου χαρακτηρίζονται ως κρυπτογενή.

Σε αυτές τις περιπτώσεις, οι ασθενείς ίσως αντιμετωπίζουν κάποια υποκείμενη αιματολογική διαταραχή (θρομβοφιλία), που ευνοεί την πηκτικότητα του αίματος και τη δημιουργία θρόμβων. Μια άλλη πιθανή πάθηση είναι η υποκλινική – ασυμπτωματική κολπική μαρμαρυγή, η οποία διαγιγνώσκειται μόνο με την εμφύτευση καταγραφέα ρυθμού.

Το πιο ενδιαφέρον και -ίσως- πιο σημαντικό αίτιο κρυπτογενούς ΑΕΕ είναι η παράδοση εμβολή. Σε αυτά τα περιστατικά, ένας θρόμβος αποκόλλεται από το φλεβικό δίκτυο, περνά στο αρτηριακό, μέσω ελλείμματος του μεσοκοιλιακού διαφράγματος, και καταλήγει να αποφράσσει κάποια εγκεφαλική αρτηρία ή κλάδο αυτής. Τα ελλείματα του μεσοκοιλιακού διαφράγματος μπορεί να είναι είτε με τη μορφή βατού ωοειδούς τρήματος (patent foramen ovale – PFO) είτε σπανιότερα ως συγγενές έλλειμμα μεσοκοιλιακού διαφράγματος (atrial septal defect – ASD).

---

**Η ύπαρξη PFO είναι αρκετά συχνή στο γενικό πληθυσμό, αφού ένας στους τέσσερις ενήλικες υπολογίζεται ότι παρουσιάζει αυτό το εμβρυϊκό κατάλοιπο! Ευτυχώς, για τη συντριπτική πλειοψηφία των ενηλίκων, το PFO είτε είναι τυχαίο εύρημα σε καρδιολογικό έλεγχο ρουτίνας είτε δεν ανευρίσκεται ποτέ και δεν ενοχοποιείται για την πρόκληση κάποιου κλινικού συνδρόμου!**

---

Η ύπαρξη PFO είναι αρκετά συχνή στο γενικό πληθυσμό, αφού ένας στους τέσσερις ενήλικες υπολογίζεται ότι παρουσιάζει αυτό το εμβρυϊκό κατάλοιπο! Ευτυχώς, για τη συντριπτική πλειοψηφία των ενηλίκων, το PFO είτε είναι τυχαίο εύρημα σε καρδιολογικό έλεγχο ρουτίνας είτε δεν ανευρίσκεται ποτέ και δεν ενοχοποιείται για την πρόκληση κάποιου κλινικού συνδρόμου!

Το PFO διαγιγνώσκεται συνήθως με υπερηχογράφημα καρδιάς, είτε διαθωρακικό είτε διοισοφάγειο. Το διαθωρακικό υπερηχογράφημα είναι η πρώτη εξέταση που πραγματοποιείται, είναι μη-επεμβατική και ανώδυνη για τον ασθενή. Δυστυχώς, η διαγνωστική του ακρίβεια υστερεί σημαντικά συγκριτικά με το διοισοφάγειο και ως εκ τούτου - επί αμφιλεγόμενου αποτελέσματος - απαιτείται διενέργεια διοισοφάγειου υπερηχοκαρδιογραφήματος. Διοισοφάγειο, επίσης, συστήνεται, όταν διαπιστωθεί η ύπαρξη PFO, προκειμένου να αξιολογηθεί ακριβέστερα η ανατομία, η μορφολογία, η εντόπιση και η αιμοδυναμική συμπεριφορά του ελλείμματος. Πολλές φορές, για να διαπιστωθεί η ύπαρξη επικοινωνίας μέσω των κόλπων, απαιτείται η έγχυση ενδοφλέβιου σκιαγραφικού ή η δοκιμασία φυσαλιδών.

Η ύπαρξη PFO σε ασθενείς με ιστορικό κρυπτογενούς ΑΕΕ απαιτεί θεραπευτική παρέμβαση, με σκοπό τη δευτερογενή πρόληψη, την αποτροπή δηλαδή εκδήλωσης νέου κρυπτογενούς ΑΕΕ. Η αντιμετώπιση μπορεί να περιλαμβάνει είτε φαρμακευτική θεραπεία είτε επεμβατική προσέγγιση.

Η χορήγηση αντιθρομβωτικής (συνήθως αντιαιμοπεταλιακής και σπανιότερα αντιπηκτικής αγωγής) ήταν μέχρι πρόσφατα η ενδεδειγμένη αντιμετώπιση των ασθενών

αυτών. Νεότερες μελέτες, όμως, απέδειξαν, ότι η επεμβατική σύγκλιση του PFO είναι μια ασφαλής και αποτελεσματική επέμβαση, που προλαμβάνει σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό νέα κρυπτογενή ΑΕΕ. Ως εκ τούτου, η επεμβατική αντιμετώπιση αποτελεί τη πρώτη επιλογή για αυτούς τους ασθενείς, ενώ η φαρμακευτική περιορίζεται σε λίγους ασθενείς, οι οποίοι δεν μπορούν να υποβληθούν σε επεμβατική αντιμετώπιση. Παλαιότερα, η σύγκλιση πραγματοποιούνταν και χειρουργικά, μέσω θωρακοτομής και ραφής του ελλείμματος. Σήμερα, αυτή η επέμβαση θεωρείται ιδιαίτερα αιματηρή και δεν πραγματοποιείται, παρά μόνο σε μεμονωμένα περιστατικά.

Η επέμβαση σύγκλισης του PFO διεξάγεται στο αιμοδυναμικό εργαστήριο και διαρκεί συνήθως λιγότερο από μια ώρα. Προκειμένου να υπάρχει διοισοφαγική παρακολούθηση της καρδιάς κατά τη διάρκεια της επέμβασης, ο ασθενής κοιμίζεται και διασωληνώνεται. Η αγγειακή πρόσβαση εξασφαλίζεται μέσω της δεξιάς μηριαίας φλέβας. Ο επεμβατικός καρδιολόγος, μέσω ειδικών καθετήρων, προωθεί τη συσκευή στην κάτω κοίλη φλέβα και στο δεξιό κόλπο. Στη συνέχεια, περνάει μέσω του ελλείμματος στον αριστερό κόλπο και εκπιύσσει τη συσκευή, η οποία θυμίζει «διπλή» ομπρέλα, η οποία αποφράσσει την επικοινωνία μεταξύ των δύο καρδιακών κοιλοτήτων. Αφού ο ασθενής επανέλθει εντός ολίγων ωρών από την αναισθησία, είναι πλήρως λειτουργικός, ενώ εξέρχεται του νοσοκομείου την επόμενη κιόλας ημέρα. Η επάνοδος στην καθημερινότητα είναι άμεση, χωρίς κανέναν περιορισμό μετά τις πρώτες λίγες ημέρες. Μετά την επέμβαση, ο ασθενής λαμβάνει αντιαιμοπεταλιακή αγωγή για τουλάχιστον τρεις μήνες, μέχρι να ολοκληρωθεί η ενδοθηλιοποίηση της συσκευής. Οι επιπλοκές, κατά τη διάρκεια της επέμβασης, είναι σπάνιες, ιδιαίτερα σε κέντρα με σημαντική εμπειρία και μεγάλο αριθμό επεμβάσεων. Εξίσου σπάνιες είναι και οι μετεπεμβατικές επιπλοκές, που πιθανώς να αντιμετωπίσουν οι ασθενείς, όπως είναι η εμφάνιση κολπικής μαρμαρυγής, ο εμβολισμός της συσκευής ή η ανάπτυξη υπερευαίσθησίας στο νικέλιο, το βασικό στοιχείο της συσκευής.

Καταληκτικά, τα ΑΕΕ αποτελούν ένα θορυβώδες κλινικό σύνδρομο, με σημαντική θνητότητα, που καταλείπουν σε ένα σημαντικό ποσοστό αναπηρία στους πάσχοντες. Αν και οι νέοι ασθενείς προσβάλλονται σπανιότερα, εντούτοις αντιμετωπίζουν και αυτοί τα δυσάρεστα βιώματα. Η παράδοση εμβολή μέσω PFO αποτελεί έναν αρκετά συχνό μηχανισμό στους νεότερους ασθενείς. Χάρη στην πρόοδο της επεμβατικής καρδιολογίας, σήμερα είναι εφικτή η σύγκλιση των μεσοκοιλιακών επικοινωνιών και η αποτελεσματική πρόληψη εκδήλωσης νέου ΑΕΕ. 🍷

# Η Καρδιά μας μετά τον Covid-19

**Ανδρέας Συνετός**

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

**Η** πανδημία του ιού SARS-COV-2, με τις πολλές μεταλλάξεις και παραλλαγές, έχει μεν υποχωρήσει, χωρίς όμως να μας έχει εγκαταλείψει. Τις ημέρες του καλοκαιριού του 2022 παρατηρούνται νέες αυξητικές τάσεις των κρουσμάτων παγκοσμίως και σε συνδυασμό με τη διεθνή χαλάρωση των μέτρων προφύλαξης, δημιουργείται μια έντονη ανησυχία για το μέλλον. Η COVID-19 είναι νόσος που μπορεί να προσβάλλει όλα τα όργανα του ανθρώπινου οργανισμού, ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στο αναπνευστικό και στους πνεύμονες, αλλά δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η καρδιά είναι ένα όργανο που προσβάλλεται συχνά. Σε ελέγχους που έχουν γίνει σε ασθενείς με covid με μαγνητική τομογραφία καρδιάς, διαπιστώθηκε ότι το 78% των ασθενών είχε συμμετοχή της καρδιάς, χωρίς απαραίτητα την παρουσία συμπτωμάτων. Όπως είναι λογικό, αυτοί οι ασθενείς θα πρέπει να υποβληθούν σε καρδιολογικό έλεγχο μετά τη νόσησή τους από τον ιό.

Τον τελευταίο καιρό, έχουν έρθει στην επιφάνεια και έχουν αναδειχθεί οι μακροπρόθεσμοι κίνδυνοι από τη νόσηση από τον ιό. Ο όρος «σύνδρομο long-COVID» περιλαμβάνει τα συμπτώματα και σημεία, αλλά και τις επιπλοκές (όψιμες ή μακροχρόνιες) που εμμένουν ή εμφανίζονται 4 εβδομάδες μετά τη λοίμωξη με SARS-CoV-2. Το Μετά-COVID-19 σύνδρομο (Post COVID-19 syndrome), αφορά σε σημεία και συμπτώματα που αναπτύσσονται κατά τη διάρκεια ή μετά από τη λοίμωξη με COVID-19 και συνεχίζουν για περισσότερο από 12 εβδομάδες, χωρίς να μπορούν να αποδοθούν σε εναλλακτική διάγνωση. Συνεπώς ο όρος long-COVID περιλαμβάνει τη συνεχιζόμενη συμπτωματική COVID-19 λοίμωξη και το μετά COVID-19 σύνδρομο. Με βάση τα παραπάνω, οι ασθενείς με εμμένοντα συμπτώματα μετά από 3 μήνες, θα πρέπει να ξεκινούν το διαγνωστικό έλεγχο από το αναπνευστικό σύστημα και να συνεχίζουν στο καρδιαγγειακό και σε άλλα, αν χρειαστεί. Τα συμπτώματα χωρίζονται σε δύο κύριες κατηγορίες συνεχιζόμενων συμπτωμάτων: μια μικρότερη ομάδα ατόμων με αναπνευστικά συμπτώματα, όπως βήχας ή δύσπνοια (αυτή η ομάδα ατόμων ήταν πιο πιθανό να είχαν αρχικά σοβαρή ασθένεια COVID-19) και μια μεγαλύτερη ομάδα με γενικότερα συμπτώματα και ιδιαίτερα εύκολη κόπωση. Τα πιο κοινά συμπτώματα είναι η κούραση, δύσπνοια, δυσκολία στον ύπνο, άγχος και κατάθλιψη, αίσθημα παλμών της καρδιάς, σφίξιμο ή πόνο στο στήθος, πόνο στις αρθρώσεις ή στους μύς, αδυναμία σκέψης ή εστίασης (κομίχλη του εγκεφάλου), αλλαγή στην αίσθηση της όσφρησης ή της γεύσης και ο επίμονος βήχας. Η παρουσία αυτών των συμπτωμάτων, μετά την πάροδο 3 μηνών από τη νόσηση με Covid 19, θα πρέπει να οδηγεί τον ασθενή σε ιατρική εξέταση και παρακολούθηση, προκειμένου να αποκλειστούν άλλα αίτια και να δοθούν οι κατάλληλες οδηγίες.

Η μαγνητική τομογραφία καρδιάς σε ασθενείς, αρκετούς μήνες μετά την ανάρρωση, ανέδειξε ουλές στο μυοκάρδιο. Ο

**ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ  
ΧΘΕΣ  
ΣΗΜΕΡΑ  
ΑΥΡΙΟ**



κορονοϊός είναι σε θέση να προκαλέσει φλεγμονή στα αγγεία σχεδόν όλων των οργάνων και ιδιαίτερα στην καρδιά. Η φλεγμονώδης διαδικασία οδηγεί σε καταστροφή των μυοκαρδιακών κυττάρων και αντικατάστασή τους από ινώδη ιστό. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να περιορίζεται η ικανότητα της καρδιάς να λειτουργεί αποτελεσματικά ως αντλία παροχής αίματος στο σώμα. Η ελάττωση της μυοκαρδιακής απόδοσης προκαλεί μειωμένη αντοχή στην κόπωση. Τελικά, εάν υπάρχουν ουλές μεγάλης έκτασης, μπορεί να οδηγηθούμε σε καρδιακή ανεπάρκεια. Το ίδιο συμβαίνει και με άλλες ιογενείς λοιμώξεις. Υπάρχουν πολλοί ιοί, οι οποίοι εμφανίζουν το λεγόμενο καρδιοτροπισμό και μπορούν να προσβάλλουν απευθείας την καρδιά. Για παράδειγμα, οι ιοί που προκαλούν τη γρίπη μπορούν να προκαλέσουν μυοκαρδίτιδα σε κάποιους ασθενείς.

Πολλοί ασθενείς που νόσησαν από κορονοϊό, εβδομάδες ή μήνες μετά την αποθεραπεία, αναφέρουν ότι σωματικά δεν βρίσκονται στην ίδια κατάσταση που ήταν πριν τη νόσο. Κουράζονται πολύ εύκολα και εμφανίζουν δύσπνοια συνήθως στην προσπάθεια, όπως, για παράδειγμα, όταν ανεβαίνουν σκάλες. Αρκετοί αναφέρουν πόνους στο στήθος, όπως επίσης και αίσθημα παλμών, το οποίο βιώνουν πολύ έντονα. Η σωματική καταπόνηση που αισθανόμαστε μετά από τέτοιες λοιμώξεις είναι συνήθως κάτι αναμενόμενο. Και ευτυχώς, η προσβολή του μυοκαρδίου δεν είναι ο κανόνας. Οι περισσότεροι είτε

**συνέχεια στη σελ. 23 ▶**



## Μη αλκοολική λιπώδης διήθηση του ήπατος: Άλλη μια νοσολογική οντότητα που αφορά (και) στο καρδιαγγειακό σύστημα

Γεώργιος Σ. Γκουμάς

Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών

**Μ**η αλκοολική λιπώδη διήθηση του ήπατος (NAFLD) ορίζουμε την άθροιση λίπους σε ποσοστό πάνω από 5% του συνολικού βάρους του ήπατος σε πρόσωπα που απέχουν από τη χρήση αλκοόλ (δηλαδή <20 γραμμάρια αιθυλικής αλκοόλης στις γυναίκες και <30 γραμμάρια αιθυλικής αλκοόλης στους άνδρες). Όταν φροντίζουμε πρόσωπα με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο, ενδιαφέρον έχει η πρωτοπαθής ή μεταβολική NAFLD, οπότε θα πρέπει να αποκλειστούν τόσο η αυξημένη καθημερινή κατανάλωση αλκοόλ όσο και η δευτεροπαθής NAFLD, που μπορεί να οφείλεται σε διάφορα αίτια: ηπατίτιδα C, νόσος Wilson, αβηταλιποπρωτεϊναιμία, φάρμακα (αμιωδαρόνη, μεθοτρεξάτη, ταμοξιφαίνη, κορτικοστεροειδή, μιμομερσίνη, λομιταπίδη) και άλλα. Ο αποκλεισμός βέβαια της αυξημένης κατανάλωσης αλκοόλ δεν είναι πάντα εύκολος, ενώ θα πρέπει να αναφέρουμε ότι η πρόκληση βλάβης στο ήπαρ εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως είναι ο τύπος του αλκοόλ, οι συνήθειες κατανάλωσης, η διάρκεια της έκθεσης καθώς και το πόσο ευάλωτος είναι ο καθένας, κάτι που καθορίζεται και από γενετικούς παράγοντες. Επίσης, δεν πρέπει να ξεχνάμε, ότι ένας ασθενής που καταναλώνει μέτρια ποσότητα αλκοόλ μπορεί παράλληλα να αναπτύξει και NAFLD αν παρουσιάζει μεταβολικούς παράγοντες κινδύνου και η εναπόθεση λίπους να οφείλεται πολύ περισσότερο σε αυτούς παρά στο αλκοόλ. Η επιδείνωση της NAFLD οδηγεί στη μη αλκοολική στεατοηπατίτιδα (NASH), όπου η προοδευτικά επιδεινούμενη ίνωση μπορεί να οδηγήσει σε κίρρωση ήπατος και ανάπτυξη ηπατοκυτταρικού καρκίνου.

Η NAFLD αποτελεί ένα πολύ συχνό εύρημα, και μπορεί να αφορά μέχρι και στο 30% του γενικού πληθυσμού, ενώ στα

πρόσωπα με παχυσαρκία ή σακχαρώδη διαβήτης μπορεί να φτάσει σε ποσοστά μέχρι 90% και 70%, αντίστοιχα. Αποτελεί, λοιπόν, την πιο συχνή χρόνια ηπατοπάθεια παγκοσμίως, σχετίζεται άμεσα με την αντοχή στην ινσουλίνη και την κοιλιακού τύπου παχυσαρκία και ουσιαστικά αποτελεί την ηπατική συνιστώσα του μεταβολικού συνδρόμου. Η αντοχή στην ινσουλίνη και η αύξηση της ινσουλίνης και του σακχάρου του αίματος δρουν δυσμενώς στους μηχανισμούς που ρυθμίζουν το μεταβολισμό των τριγλυκεριδίων και των ελεύθερων λιπαρών οξέων, με αποτέλεσμα την αυξημένη είσοδο στο ήπαρ ελεύθερων λιπαρών οξέων, αλλά και την μειωμένη οξειδωσή τους. Το τελικό αποτέλεσμα είναι η διαταραχή της λειτουργίας των μιτοχονδρίων και η ενεργοποίηση φλεγμονωδών μηχανισμών, που οδηγούν από την NAFLD στην NASH. Όμως η NAFLD δεν αποτελεί μόνο αιτία αυξημένης νοσηρότητας και θνησιμότητας, λόγω ηπατικής βλάβης, αλλά και βασική αιτία της αύξησης του κινδύνου και για καρδιαγγειακές παθήσεις.

Οι μηχανισμοί που συνδέουν την NAFLD με την αύξηση του καρδιαγγειακού κινδύνου είναι πολλαπλοί: **1)** Η αντοχή στην ινσουλίνη και οι διαταραχές στο μεταβολισμό του σακχάρου. **2)** Η αθηρογόνος δυσλιπιδαιμία, που χαρακτηρίζει το μεταβολικό σύνδρομο και αποτελείται από τα αυξημένα τριγλυκερίδια, τη χαμηλή HDL χοληστερίνη και τα μικρά πυκνά μόρια LDL χοληστερίνης. **3)** Η φλεγμονή και το αυξημένο οξειδωτικό στρες (αύξηση CRP και φλεγμονωδών κυτοκινών, όπως οι IL-6, TNF- $\alpha$  και IL-1). **4)** Η ενεργοποίηση μηχανισμών θρόμβωσης μέσω αύξησης του ινωδογόνου, του παράγοντα VII και του PAI-1. **5)** Η αύξηση της αρτηριακής πίεσης μέσω αύξησης του αγγειοτασινογόνου και της ενδοθηλίνης. Όλα τα παραπάνω οδηγούν σε αθηρωμάτωση, με εκδήλώσεις στεφανιαίας νόσου και περιφερικής αποφρακτικής αγγειοπάθειας, υπέρτροφια και δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας, δομική

και ηλεκτρική αναδιαμόρφωση της καρδιάς, με αποτέλεσμα την εμφάνιση κολπικών και κοιλιακών αρρυθμιών. Το τελικό αποτέλεσμα είναι η σημαντική αύξηση της καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνησιμότητας, που άλλωστε αποτελεί τη βασική αιτία θανάτου στους ασθενείς με NAFLD. Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφερθεί ότι γενικά η ανώμαλη περι- και ενδο-οργανική εναπόθεση λίπους, όπως είναι η γνωστή κοιλιακού τύπου παχυσαρκία και η NAFLD αλλά και η λιγότερο γνωστή άθροιση λίπους στο περικάρδιο και επικαρδιακά φαίνεται να αποτελούν σημαντικούς, αλλά ενίοτε υποεκτιμημένους, παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου.

Αφού, λοιπόν, αναφερθήκαμε στον ορισμό, την επιδημιολογία και την αιτιολογική σχέση με τις καρδιαγγειακές παθήσεις, ας έρθουμε και στο πιο σημαντικό ζήτημα που πρέπει να απασχολεί έναν ιατρό που συχνά συναντά τέτοιους ασθενείς, είτε είναι γενικός ιατρός ή παθολόγος είτε είναι καρδιολόγος: πότε θα πρέπει να ανησυχούμε για έναν τέτοιο ασθενή και πότε θα πρέπει να τον παραπέμπουμε σε κάποιον ηπατολόγο; Οι ασθενείς που εμφανίζουν μεταβολικούς παράγοντες κινδύνου (διαταραχές του μεταβολισμού της γλυκόζης, αρτηριακή υπέρταση, αυξημένα τριγλυκερίδια ή κοιλιακού τύπου παχυσαρκία) και δεν εμφανίζουν λιπώδη διήθηση στο υπερηχογράφημα ή ηπατος ή αύξηση των ηπατικών ενζύμων θα πρέπει να επανεξετάζονται κάθε 3-5 χρόνια. Οι ασθενείς που παρουσιάζουν υπερηχογραφική εικόνα λιπώδους διήθησης του ήπατος και αύξηση των ηπατικών ενζύμων καλά θα είναι να παραπέμπονται στον ηπατολόγο, προκειμένου να αποκλειστούν άλλες αιτίες χρόνιας ηπατοπάθειας και να γίνει από τον ειδικό εκτίμηση της σοβαρότητας της νόσου. Πολλοί είναι οι ηπατολόγοι που υποστηρίζουν, ότι δεν υπάρχει «αθώα» αύξηση των ηπατικών ενζύμων. Τέλος, οι ασθενείς που παρουσιάζουν υπερηχογραφική εικόνα λιπώδους διήθησης του ήπατος, χωρίς όμως να έχουν αύξηση των ηπατικών ενζύμων, θα πρέπει να υποβάλλονται σε μια απλή αξιολόγηση από τον ηε ειδικό και στη συνέχεια να παραπέμπονται μόνο αυτοί που θα θεωρηθούν υψηλού κινδύνου για σοβαρή ηπατική προσβολή. Η αξιολόγηση αυτή μπορεί, για παράδειγμα, να γίνει με το Fibrosis-4 score, όπου χρησιμοποιώντας την ηλικία του ασθενούς και τις τιμές στο αίμα των αιμοπεταλίων και των τρανσαμινασών μπορεί με απλό τρόπο να υπολογιστεί η πιθανότητα ύπαρξης σοβαρής ηπατικής ίνωσης. Βάζοντας τις συγκεκριμένες τιμές σε εφαρμογές που εύκολα βρίσκουμε στο διαδίκτυο, έχουμε άμεσα στη διάθεσή μας το αποτέλεσμα και όταν αυτό είναι πάνω 1.3 ο ασθενής έχει μέσο ή υψηλό κίνδυνο ηπατικής ίνωσης, οπότε πρέπει να γίνει παραπομπή σε ηπατολόγο.

Ένα ξεχωριστό κεφάλαιο στην κλινική οντότητα που ονομάζεται NAFLD είναι η σχέση της με τη λήψη στατινών. Και το βασικό στοιχείο αυτής της σχέσης είναι ότι ουσιαστικά δεν υπάρχει! Οι στατίνες δεν προκαλούν NAFLD και δεν είναι υπεύθυνες για την αύξηση των τρανσαμινασών, που περιοδικά εμφανίζονται σε αυτούς τους ασθενείς, ακριβώς λόγω της λιπώδους διήθησης και της φλεγμονής που προκαλείται από αυτήν. Έτσι, η διακοπή της χορήγησης στατινών, σε περίπτωση που τυχαία διαπιστωθεί αύξηση των τρανσαμινασών σε ασθενείς με NAFLD, είναι λάθος για δυο λόγους: πρώτον γιατί δεν είναι αυτή η αιτία της αύξησης και δεύτερον γιατί έτσι ο ασθενής αυτός που είναι υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου θα στερηθεί ένα φάρμακο που αποδεδειγμένα μειώνει τον κίνδυνό του. Αν κι έχουν υπάρξει μελέτες που έδειξαν θετική επίδραση των στατινών στην NAFLD, το εύρημα αυτό δεν έχει επιβεβαιωθεί στις περισσότερες μελέτες και το ίδιο ισχύει και για τα ω-3 λιπαρά οξέα.

Πως, όμως, μπορούμε να αντιμετωπίσουμε τη λιπώδη διήθηση του ήπατος; Φαρμακευτικά, δυστυχώς δεν μπορούμε να κάνουμε και πολλά πράγματα. Αν πρόκειται να χρησιμοποιήσουμε κάτι, αυτό θα γίνει μόνο στους ασθενείς με NASH με σημαντική ίνωση και αφορά σε δυο φάρμακα, την πιογκλιταζόνη και τη βιταμίνη E, που όμως δεν έχουν επίσημη ένδειξη. Αν στο εξάμηνο από την έναρξη της αγωγής δεν υπάρχει μείωση της ALT διακόπτουμε τη θεραπεία, ενώ σε κάθε περίπτωση δεν υπάρχουν σαφή στοιχεία για την ακριβή διάρκεια της. Επίσης, πρέπει να λάβουμε υπόψη μας την επιδείνωση της καρδιακής ανεπάρκειας που μπορεί να προκαλέσει η πιογκλιταζόνη, μέσω κατακράτησης υγρών και πρόσληψης βάρους αλλά και το γεγονός ότι η βιταμίνη E έχει συνδυαστεί με αύξηση της ολικής θνησιμότητας σε μακροχρόνια χορήγηση υψηλών δόσεων, καθώς και με αύξηση του κινδύνου για καρκίνο προστάτη. Βέβαια, υπάρχουν και θεραπευτικές παρεμβάσεις που είναι πιο αποτελεσματικές, χωρίς να έχουν καμία παρενέργεια και αυτές είναι η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας, η απώλεια βάρους και η υγιεινή Μεσογειακού τύπου διατροφή, με αποφυγή των επεξεργασμένων τροφίμων και των εμπλουτισμένων σε φρουκτόζη ποτών. ●

## συνέχεια από τη σελ. 21 ▶

περνούν τη λοίμωξη ασυμπτωματικά, είτε μετά τη φάση ανάρρωσης επανέρχονται στην προγενέστερη κατάσταση. Εάν, όμως, το αίσθημα εύκολης κόπωσης και κακουχίας συνεχίζεται για εβδομάδες χωρίς βελτίωση, τότε θα πρέπει σίγουρα να αναζητηθεί ιατρική βοήθεια. Πλέον, γνωρίζουμε, ότι ανεξάρτητα από το πόσο βαριά ήταν η προηγούμενη νόσηση ή πόσα υποκείμενα νοσήματα έχει ο ασθενής, η δράση του κορονοϊού στην καρδιά μπορεί να συνεχίζεται για εβδομάδες μετά.

Για τις θεραπευτικές δυνατότητες ισχύει ο γενικός κανόνας. Όσοι ανήκουν στην ομάδα που εμφανίζει μακροχρόνιες επιπτώσεις μετά από λοίμωξη με κορονοϊό, θα πρέπει να είναι προσεκτικοί και να αποφεύγουν τη σωματική κόπωση. Η αθλητική δραστηριότητα πιθανών να χρειαστεί να ανασταλεί για μεγάλο χρονικό διάστημα, ενώ θα πρέπει να γίνει σαφές ότι η έντονη σωματική εργασία μόνο ευεργετική δεν είναι κατά τη διάρκεια της αποθεραπείας. Το ακριβές χρονικό διάστημα που χρειάζεται, προκειμένου να επανέλθει κάποιος στην προηγούμενη κατάσταση, όχι μόνο δεν είναι σαφές, αλλά σε μεγάλο βαθμό έχει να κάνει και με τον ίδιο τον ασθενή, δηλαδή εξαστομικεύεται. Γνωρίζουμε από άλλες ιογενείς μυοκαρδίτιδες, ότι παρότι η αποθεραπεία διαρκεί αρκετά, σταδιακά επανέρχεται ο οργανισμός στην αρχική του κατάσταση. Παρόλα αυτά, θα πρέπει να έχουμε υπόψη, ότι σε κάποιους ασθενείς η αποθεραπεία θα μπορούσε να κρατήσει δύο, ακόμα και τρία χρόνια.

Η δυνατότητα να προφυλαχτούμε από τις μακροχρόνιες επιπτώσεις του κορονοϊού εξαρτάται και από τις επιλογές μας. Σημαντικό ρόλο παίζει το «φορτίο» του κορονοϊού που έχει δεχθεί ο ασθενής. Οι ασθενείς με υγιές ανοσοποιητικό σύστημα και σχετικά μικρό «φορτίο» κορονοϊού, ανταπεξέρχονται της λοίμωξης πολύ καλά και σχεδόν χωρίς συνέπειες. Απαραίτητη βέβαια προϋπόθεση είναι ο πλήρης εμβολιασμός και η σωστή χρήση μάσκας. Αντίθετα, ο ελλιπής εμβολιασμός, η μη χρήση μάσκας και η μη τήρηση των απαραίτητων μέτρων αυξάνουν τις πιθανότητες όχι μόνο για βαριά νόσηση, αλλά και για μακροχρόνιες επιπλοκές από τον κορονοϊό. ●

# Δράση για τους μαθητές και τους πολίτες με θέμα «Προτεραιότητα στην υγεία μας», που πραγματοποιήθηκε στο Μητροπολιτικό Πάρκο «Αντώνης Τρίτσης»

**Ε**κατοντάδες μαθητές και πολίτες βρέθηκαν στις 8 Απριλίου, στο Μητροπολιτικό Πάρκο Περιβαλλοντικών και Εκπαιδευτικών Δραστηριοτήτων Κοινωνικής Οικονομίας «Αντώνης Τρίτσης», όπου πραγματοποιήθηκε, με πρωτοβουλία του Περιφερειάρχη Αττικής Γ. Πατούλη, η δράση «Προτεραιότητα στην υγεία μας».

Η συγκεκριμένη δράση υλοποιήθηκε με αφορμή την Παγκόσμια Ημέρα Υγείας με τη συμβολή της **Περιφέρειας Αττικής**, του **Φορέα Διαχείρισης του Πάρκου, των ΚΕΠ Υγείας** και του **ΕΔΔΥΠΠΥ**. Η εκδήλωση ήταν υπό την αιγίδα του **Υπουργείου Υγείας** και του **Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών**.

Από τις 10 το πρωί μέχρι το απόγευμα πραγματοποιήθηκαν βιωματικές δράσεις, ενώ διενεργήθηκαν δωρεάν προληπτικοί έλεγχοι και ενημερώσεις γύρω από θέματα, όπως η οστεοπόρωση και οι σκελετικές παθήσεις. Επίσης, πραγματοποιήθηκαν δράσεις ενημέρωσης για θέματα πρόληψης υγείας, πρώτες βοήθειες, οδική ασφάλεια, περιβάλλον και ανακύκλωση από το ΕΔΔΥΠΠΥ, τον ΕΔΣΝΑ και ιατρούς του ΚΕΠΙΧ.

Ο **Περιφερειάρχης Αττικής και Πρόεδρος του ΙΣΑ και του ΕΔΔΥΠΠΥ, Γ. Πατούλης**, έχοντας θέσει ως βασική προτεραιότητα την υγεία, επεσήμανε: «**Με**



**αυτή τη μεγάλη γιορτή στο πάρκο της καρδιάς μας, στο Πάρκο Τρίτση, στέλνουμε ένα ηχηρό μήνυμα για την αναγκαιότητα της πρόληψης της υγείας, της οδικής ασφάλειας και του σεβασμού στο Περιβάλλον.**

«Δράσεις, όπως η σημερινή, μας δίνουν την ευκαιρία να ενημερωθούμε για τα οφέλη του προσυμπτωματικού ελέγχου και να βάλουμε στη ζωή μας ένα σημαντικό μήνυμα: Γιορτάζουμε την παγκόσμια ημέρα υγείας μία φορά το χρόνο. Προστατεύουμε την υγεία μας και την υγεία των αγαπημένων μας κάθε μέρα. **Με συμμαχούς μας το υγειονομικό και στελεχιακό δυναμικό της Περιφέρειας Αττικής, του ΙΣΑ, του ΕΔΔΥΠΠΥ και των ΚΕΠ Υγείας, ισχυροποιούμε την πρόληψη και συμβάλλουμε στην προστασία της Υγείας των πολιτών. Σήμερα όμως η παρουσία μας στο Μητρο-**

**πολιτικό Πάρκο έχει άλλο ένα συμβολισμό που σχετίζεται με το σεβασμό και την προστασία του περιβάλλοντος», υπογράμμισε ο Γ. Πατούλης.**

## **Συμμετοχές φορέων και ομάδων**

Στη δράση υπήρχαν οχήματα του ΕΔΣΝΑ, ασθενοφόρο του ΙΣΑ, όχημα της Πυροσβεστικής, το ηλεκτρικό όχημα του Πάρκου Τρίτση και ηλεκτροκίνητο mini bus του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Επιπλέον, συμμετείχαν σχολεία από τους δήμους Καματερού, Ιλίου, Αγίων Αναργύρων, Μεγάρων, Περιστερίου, Πετρουπόλεως και Πεύκης. Η Περιφέρεια Αττικής παρουσίασε την πιλοτική εφαρμογή εικονικής πραγματικότητας (VR), η οποία χρησιμοποιείται για ανίχνευση νευρογνωστικών διαταραχών.

Παραβρέθηκαν, επίσης, οι: Εθελοντική Διασωστική Ομάδα Κρίσεων, Ελληνικό Ίδρυμα Ογκολογίας, Ινστιτούτο Οδικής Ασφάλειας Πάνος Μυλωνάς, Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός & Τμήμα νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, Σύλλογος Όραμα Ελπίδας, Εταιρία Alzheimer Αθηνών, Κέντρο Μαστού Σύλλογος Φίλων Γενικού Ογκολογικού Νοσοκομείου «Οι Άγιοι Ανάργυροι», PRAKSIS, Σύλλογος Σκελετικής Υγείας Πεταλούδα, LLM CARE, BeActive, το Χαμόγελο Του Παιδιού, Mini Planetarium, Π.Α.Ο Φοινικαίων, ΠΟΣΠΑ, Capital Market & Green Cola, Πανελλήνια Ένωση Κεραμιστών και Αγγειοπλαστών.

Η δράση αυτή ήταν εξαιρετικά αποτελεσματική για την αύξηση και την ενημέρωση των πολιτών τόσο για την υγεία τους όσο και για θέματα που αφορούν στην καθημερινότητα και επηρεάζουν τις ζωές τους. Μέσα από την επαφή, ειδικά με νέα παιδιά, το Δίκτυο θέτει τις βάσεις για ένα υγιές μέλλον με όπλο τη γνώση και την πρόληψη. 📍





## Αγαπητό περιοδικό,

**Είμαι 45 ετών γυναίκα, καπνίστρια και έχω κάποια περιττά κιλά που θα ήθελα να χάσω. Δυστυχώς η δουλειά μου απαιτεί πολλές ώρες καθιστική εργασία και δεν βρίσκω χρόνο για άσκηση. Έχω προσπαθήσει επανειλημμένως πολλές δίαιτες με διαφορετικούς διαιτολόγους χωρίς αποτέλεσμα. Έχω ακούσει για τη διαλειμματική δίαιτα ότι μπορεί να έχει αποτέλεσμα. Ποια είναι η γνώμη σας; Είναι ασφαλής;**

Αγαπητή αναγνώστρια,

Ευχαριστούμε για την πολύ επίκαιρη ερώτησή σας. Είναι αλήθεια ότι η απώλεια βάρους στη σύγχρονη εποχή καθίσταται όλο και πιο δύσκολη, δεδομένης της αφθονίας και της εύκολης πρόσβασης σε ανθυγιεινές τροφές, τον καθιστικό τρόπο ζωής και την έλλειψη άσκησης. Επιπλέον, η πανδημία τα τελευταία δύο χρόνια συνέβαλλε ακόμα περισσότερο. Συνεχώς προβάλλονται στο διαδίκτυο, ως εναλλακτικές, διάφορες μορφές διατροφής, συμπεριλαμβανομένων της κετογονικής και της διαλειμματικής.

Η κετογονική δίαιτα που βασίζεται σε διατροφή πλούσια σε ζωική πρωτεΐνη και φτωχή σε υδατάνθρακες, ενώ είναι αποτελεσματική στην απώλεια βάρους, μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική αύξηση των επιπέδων χοληστερίνης στο αίμα και τελικά σε αύξηση αντί σε μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου.

Η διαλειμματική δίαιτα (intermittent fasting) είναι πλέον ένας ευρέως διαδεδομένος τρόπος διατροφής, που στηρίζεται στην αποχή από την τροφή για τουλάχιστον 16 ώρες και κατανάλωση τροφής τις υπόλοιπες. Άλλες πιο

αυστηρές μορφές περιλαμβάνουν τις 18/6, 20/4 ή και σίτιση μέρα παρά μέρα. Η δίαιτα αυτή βασίζεται στην αρχή της μετακίνησης του μεταβολισμού (metabolic switch) από την παραγόμενη από το ήπαρ γλυκόζη στα παραγόμενα από το λιπώδη ιστό λιπαρά οξέα (που μετατρέπονται σε κετόνες στο ήπαρ). Είναι αποτελεσματική για μικρή έως μέτρια απώλεια βάρους (1-8% του συνολικού σωματικού βάρους), ενώ δεν έχει συσχετιστεί με ανεπιθύμητες ενέργειες. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονιστεί, ότι ισορροπημένες δίαιτες μειωμένων θερμίδων επιτυγχάνουν εξίσου αποτελεσματική απώλεια βάρους, σύμφωνα με πρόσφατα τυχαίοποιημένες μελέτες. Πέραν όμως του οφέλους στην απώλεια βάρους, η διαλειμματική δίαιτα έχει συσχετιστεί και με βελτίωση καρδιομεταβολικών δεικτών, συμπεριλαμβανομένων της μείωσης της αρτηριακής πίεσης και της καρδιακής συχνότητας, της αντίστασης στην ινσουλίνη, της LDL χοληστερόλης και της περιμέτρου της μέσης.

Συνεπώς, η διαλειμματική δίαιτα φαίνεται να είναι ασφαλής με ευεργετικά αποτελέσματα στην καρδιαγγειακή υγεία που επεκτείνονται πέραν της απώλειας βάρους. Το σημαντικότερο, όμως, είναι σε συνεργασία με το διατροφολόγο και τον καρδιολόγο σας να βρείτε το καταλληλότερο σχήμα διατροφής που ταιριάζει σε εσάς και στις συνθήκες σας. Θα σας προτείνουμε επίσης να προσθέσετε την άσκηση στην καθημερινότητά σας, οι ευεργετικές ιδιότητες της οποίας, εκτός από την απώλεια βάρους, είναι πολλαπλές και περιλαμβάνουν τη βελτίωση της λειτουργίας του καρδιαγγειακού συστήματος και της φυσικής κατάστασης, αλλά και την ενίσχυση του μυοσκελετικού συστήματος και την πρόληψη της οστεοπόρωσης.

Σε αυτό το σημείο, θα θέλαμε να σας παρακινήσουμε να προσπαθήσετε να διακόψετε το κάπνισμα. Η διακοπή του καπνίσματος επιφέρει πολύ μεγαλύτερα καρδιαγγειακά οφέλη από την απώλεια λίγων κιλών σωματικού βάρους. Αλλά και η ενδεχόμενη αύξηση βάρους μετά τη διακοπή αντιμετωπίζεται, εφόσον ακολουθείτε τις οδηγίες ενός διατροφολόγου και βάλετε τη γυμναστική στη ζωή σας.

Συμπερασματικά αγαπητή αναγνώστρια, ανεξάρτητα από τον τύπο δίαιτας που θα διαλέξετε, σας προτείνουμε και την υιοθέτηση ενός πιο υγιούς τρόπου ζωής με τη διακοπή καπνίσματος και την αποφυγή της καθιστικής ζωής, με την εισαγωγή της άσκησης στην καθημερινότητά σας. ●



**ΚΟΙΝΩΦΕΛΕΣ  
ΙΔΡΥΜΑ**

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

ΕΠΙΤΙΜΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ:

Γ. Κασιμάτης

Π. Τσάκος

ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ: Κ. Τούτουζας

ΤΑΜΙΑΣ: Α. Γιατράκου

ΓΡΑΜΜΑΤΕΥΣ: Δ. Ρίχτερ

ΜΕΛΗ:

Χ. Βλαχόπουλος, Α. Δήμα, Κ. Καλαϊτζή,

Χρ. Στεφανάδης, Δ. Τούσουλης,

Κ. Τσιούφης, Στ. Ψυχάρης

ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ:

Γ. Ανδρικόπουλος, Β. Βοπίεας,

Α. Βούτσας, Δ. Γκολιάκης, Γ. Γκουμάς,

Ν. Κασιλάμπρος, Ε. Παπαστεριάδης

## ΥΠΕΡ ΤΩΝ ΣΚΟΠΩΝ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ

### ΚΑΤΕΘΕΣΑΝ ΕΙΣ ΜΝΗΜΗΝ

- **Αιμιλίας Κουρεμένου, οι κ.κ. Μελέτης και Κική Παπακωνσταντίνου, το ποσό των 70€.**

## ΥΠΕΡ ΤΩΝ ΣΚΟΠΩΝ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ

### ΚΑΤΕΘΕΣΑΝ

- **Ο κ. Αλέξανδρος Πηνιώτης, το ποσό των 50€.**

#### συνέχεια από τη σελ. 18

νική στεφανιογραφία έναντι 3% στην επεμβατική). Η ετήσια επίπτωση ήταν, αντίστοιχα, 0,61% και 0,86%.

Αντίθετα, η επίπτωση του δευτερογενούς καταληκτικού σημείου, δηλαδή η εμφάνιση μείζονων σχετιζόμενων με την εξέταση επιπλοκών (έμφραγμα μυοκαρδίου, εγκεφαλικό) ήταν χαμηλότερη στους ασθενείς που υποβάλλονταν σε αξονική (0,5%), συγκριτικά με τους ασθενείς που υποβάλλονταν σε επεμβατική στεφανιογραφία (1,9%). Ειδικότερα, καταγράφηκαν σε όλη τη μελέτη συνολικά 42 επιπλοκές, από τις οποίες οι 37 (7 στο σκέλος της αξονικής και 30 στο σκέλος της επεμβατικής) σχετιζόνταν με επεμβατική στεφανιογραφία και ενδαγγειακές επεμβάσεις, ενώ οι 5 όχι (1 με αξονική και 4 με επεμβάσεις bypass). Η διαφορά αυτή οφειλόταν στο γεγονός, ότι μόνο το 22,3% των ασθενών, που έκαναν αξονική στεφανιογραφία, υποβλήθηκαν τελικά και σε επεμβατική.

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, σχεδόν το 60% των ασθενών που υποβάλλονται σε επεμβατική στεφανιογραφία δεν έχουν κριτικές στενώσεις στα στεφανιαία αγγεία τους. Συνεπώς, και με βάση τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης, η αξονική στεφανιογραφία αποτελεί μια βιώσιμη, χαμηλού ρίσκου εναλλακτική της επεμβατικής μεθόδου.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΒΑΣΙΚΑ ΜΗΝΥΜΑΤΑ:

1. Σε ασθενείς με θετική ή μη διαγνωστική λειτουργική δοκιμασία και χαμηλής προδιαγνωστικής πιθανότητας για στεφανιαία νόσο, καλό είναι να σκεφτούμε αξονική στεφανιογραφία.
2. Είναι καλύτερο, ασθενείς με σταθερή στηθάγχη να υποβάλλονται πρώτα σε μη επεμβατική εξέταση πριν παραπεμφθούν σε επεμβατική στεφανιογραφία.
3. Η επεμβατική στεφανιογραφία δεν είναι τόσο αθώα – συνοδεύεται από επιπλοκές.
4. Η αξονική στεφανιογραφία είναι μια ασφαλής και αξιόπιστη εναλλακτική. ●

#### συνέχεια από τη σελ. 27

περιορισμό της υπάρχουσας γραφειοκρατικής διαχείρισης της κλινικής έρευνας όσο και την αναπτυξιακή προοπτική της, αποτελούν αναγκαίες διαρθρωτικές παρεμβάσεις, ώστε η χώρα να γίνει ακόμη πιο ανταγωνιστική, συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ηπείρου, αναφορικά με την προσέλκυση επενδύσεων, με επίκεντρο την έρευνα στην ανθρώπινη υγεία. Δεδομένης της επιτάχυνσης εισόδου των αγορών στην ψηφιακή εποχή με τη χρήση νέων τεχνολογιών, των μεγάλων δεδομένων στην υγεία και της τεχνητής νοημοσύνης, κρίνεται αναγκαία η μετάβαση του συστήματος υγείας της χώρας στον ψηφιακό κόσμο σε ακόμη μεγαλύτερο βαθμό, προκειμένου να είναι έτοιμη η Ελλάδα στον νέο κανονισμό που θα επιφέρει την ενιαία υποβολή και αξιολόγηση των κλινικών δοκιμών σε Ευρωπαϊκό επίπεδο και θα καταστήσει αρωγό στην ανάπτυξη νέων θεραπειών, πολύτιμων για τον ασθενή που σήμερα ζει σε ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο πολιτισμικό περιβάλλον. ●

#### συνέχεια από τη σελ. 28

Τοποθετούμε το ειδικό καπάκι με το ξυλάκι και το βάζουμε στην κατάψυξη για 12 ώρες.

Για να βγάλουμε τη γρανίτα από τις θήκες τις βουτάμε για πολύ λίγο σε καυτό νερό και τραβάμε το ξυλάκι.

**Θερμίδες 446 | Πρωτεΐνες 3,5γρ. | Υδατάνθρακες 103γρ. | Λίπος 1,5γρ. | Χοληστερόλη 0χλγρ.**

## Παπαρδέλες με ντομάτα και σαφράν

#### Συστατικά:

400 γρ. παπαρδέλες  
Λίγες κλωστούλες από κρόκο Κοζάνης  
20 γρ. κρεμμύδια, ψιλοκομμένα  
1 σκελίδα σκόρδο  
1 κουταλάκι πάπρικα γλυκιά  
10 ντοματίνια κομμένα στη μέση  
1 κουταλιά της σούπας ξηρό λευκό κρασί  
1 φλιτζάνι γραβιέρα, τριμμένη  
Αλάτι και πιπέρι

#### Οδηγίες:

Σε ένα αντικολλητικό τηγάνι, ανακατεύουμε το σκόρδο, την πάπρικα και το κρεμμύδι. Όταν το σκόρδο αρχίζει να σκουραίνει, το βγάξετε και προσθέτετε τις ντομάτες. Συνεχίζετε να τηγανίζετε και να ανακατεύετε, μέχρι να μαλακώσουν οι τομάτες και προσθέτετε το κρασί. Σκεπάζετε το τηγάνι με το καπάκι του και αφήνετε να σιγοβράσουν για 5 λεπτά. Αλατοπιπερώνετε σύμφωνα με το γούστο σας. Βράζετε τις παπαρδέλες σε άφθονο αλατισμένο νερό για 4-5 λεπτά, στο οποίο θα έχετε προσθέσει ήδη τον κρόκο. Τις βγάξετε από τη φωτιά και σερβίρετε τις παπαρδέλες σε μια πιατέλα. Τις περιχύνετε με τη σάλτσα και τις πασπαλίζετε με το τυρί.

**Θερμίδες 1081,5kcal | Πρωτεΐνες 59γρ. | Υδατάνθρακες 110γρ. | Λίπος 47γρ. | Χοληστερόλη 145χλγρ. ●**

# Η συνεισφορά των κλινικών δοκιμών στα συστήματα υγείας, τους ασθενείς και την κοινωνία

**Κωνσταντίνος Ζήσης**

Υποψήφιος Διδάκτωρ στο Τμήμα Πολιτικών Υγείας στο ΠαΔΑ

**Η** κλινική έρευνα είναι ευρύτερα γνωστή, ιδίως μέσω των κλινικών δοκιμών. Συνιστά έναν από τους πλέον παραγωγικούς τομείς, που προάγει την αξία στην υγεία αλλά και την οικονομία, γενικότερα. Η προσέγγιση αυτή έχει ως στόχο τον εντοπισμό απαντήσεων σε μία επιστημονική υπόθεση και σε τελική ανάλυση την ανάπτυξη της γνώσης και της καινοτομίας, ώστε με τη διάχυση αυτής στην κοινωνία να συμβάλει στη βελτίωση της υγείας, καθώς και στη συντήρηση και ανάπτυξη του ανθρώπινου κεφαλαίου. Οι κλινικές δοκιμές, οι οποίες καταλαμβάνουν υψηλότερη θέση στην πυραμίδα της τεκμηρίωσης, εξετάζουν δυναμικές θεραπείες σε ανθρώπινα υποκείμενα (συμμετέχοντες ασθενείς). Η διενέργεια των μελετών γίνεται με στόχο τον εντοπισμό θεραπευτικών σχημάτων, που θα χρησιμοποιηθούν σε ευρεία κλίμακα στο γενικό πληθυσμό.

Οι άμεσοι αποδέκτες της ωφέλειας μίας κλινικής δοκιμής συνιστούν ένα σύνολο εμπλεκόμενων μερών, από τον ασθενή, που αποτελεί το επίκεντρο της επιστημονικής υπόθεσης και της όλης διαδικασίας, με απώτερο στόχο την έγκαιρη πρόσβαση σε καινοτόμες θεραπευτικές παρεμβάσεις, μέχρι τον επαγγελματία υγείας που ωφελείται μέσω νέας γνώσης στην κλινική πρακτική και απορρόφησης πρόσθετων οικονομικών πόρων. Επιπροσθέτως, διακρίνονται και άλλες κατηγορίες εμπλεκόμενων μερών, όπως η ίδια η βιομηχανία που δαπανά ένα υπέροχο κεφάλαιο με στόχο το μετασχηματισμό των εισροών σε εκροές (φαρμακευτικές τεχνολογίες), το ίδιο το κράτος που συμμετέχει μέσω των ρυθμιστικών οργανισμών με στόχο την αξιολόγηση ηθικών και δεοντολογικών ζητημάτων, αλλά και η ίδια η κοινωνία μέσω της απασχόλησης υψηλά καταρτισμένου και ειδικευμένου ανθρώπινου δυναμικού, συμβάλλοντας στην ανάδειξη του παραγωγικού ιστού και τη συνεισφορά στα μικροοικονομικά των συστημάτων υγείας και μακροοικονομικά των χωρών.

Είναι σαφές, ότι η κλινική έρευνα συμβάλει στην υγειονομική, οικονομική και κοινωνική ωφέλεια και ευημερία. Αναφορικά με την υγειονομική ωφέλεια, αυτή περιλαμβάνει τη δυνατότητα και ευκαιρία που παρουσιάζεται στο συμμετέχοντα ασθενή να λάβει, χωρίς κανένα αντίτιμο, καινοτόμα θεραπευτική προσέγγιση, η οποία δεν είναι ακόμη διαθέσιμη στο κοινό, καθώς και συνεχή παρακολούθηση με επιπρόσθετες διαγνωστικές πράξεις στο πλαίσιο της δοκιμής, ενώ το κοινωνικό όφελος αποτιμάται στην προσφορά νέας γνώσης που τυχόν θα προκύψει και θα υποστηρίξει

τους μελλοντικούς ασθενείς, αναφορικά με τη νόσο που διερευνάται.

Θα πρέπει να τονισθεί, ότι η διεξαγωγή κλινικών δοκιμών υπερβίνει κατά πολύ την ατομική ωφέλεια του συμμετέχοντα, ώστε αυτή η ωφέλεια να κατανέμεται εν τέλει στο σύνολο των ατόμων μίας κοινωνίας. Υπό αυτό το πρίσμα ορισμένες ωφέλειες, μεταξύ άλλων, περιλαμβάνουν:

- ▶ Την αποφυγή επιπρόσθετης δημόσιας δαπάνης για την παρακολούθηση και θεραπεία των συμμετεχόντων και την εξοικονόμηση κόστους και εν γένει πόρων για το σύστημα υγείας, καθώς μία κλινική δοκιμή λειτουργεί αρκετές φορές και ως υποκατάστατη υπηρεσία της τρέχουσας κλινικής πρακτικής – οι συμμετέχοντες δεν επιβαρύνονται ούτε και το ίδιο το σύστημα υγείας από την υπό έρευνα τεχνολογία υγείας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η εξοικονόμηση κόστους για τον NHS κατά 28,6 εκατομμύρια λίρες μέσω της υποκατάστασης παρεχόμενων υπηρεσιών, η οποία προήλθε από τη διενέργεια κλινικών δοκιμών κατά το διάστημα 2016-2019.
- ▶ Την προώθηση της απασχόλησης μέσω υγιούς απασχόλησης με υψηλά καταρτισμένο και ειδικευμένο προσωπικό και την ισχυροποίηση θέσης της χώρας στο διεθνή καταμερισμό της γνώσης – οι κλινικές δοκιμές συμβάλλουν στην αύξηση των θέσεων εργασίας, την επαγγελματική ανάπτυξη των ερευνητών και την επιτάχυνση του brain gain.
- ▶ Την απορρόφηση επιπρόσθετων εσόδων για την οικονομία μίας χώρας – οι κλινικές δοκιμές επιφέρουν άμεσα και έμμεσα έσοδα, μικροοικονομικής (νοσοκομεία, ερευνητές) και μακροοικονομικής φύσεως (ΑΕΠ).
- ▶ Την κατανόηση ζητημάτων για τα νοσήματα, μέσω της συμμετοχής ασθενών στη δοκιμή και την απορρόφηση νέας γνώσης για δυναμικά μεγαλύτερη ωφέλεια στους μελλοντικούς ασθενείς.

Η Ελλάδα παρουσιάζει εξαιρετικά πλεονεκτήματα για τη διενέργεια κλινικών δοκιμών, με κυριότερα το υψηλά ειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό, τη γεωγραφική κατανομή ερευνητικών κέντρων σε όλη τη χώρα, και την πιστή εφαρμογή ηθικών και δεοντολογικών ζητημάτων από όλα τα εμπλεκόμενα μέρη σύμφωνα με τους Κανόνες Ορθής Κλινικής Πρακτικής. Υπό αυτό το πρίσμα, η προσεκτική προσέγγιση του ζητήματος, με πολιτικές που επικεντρώνονται τόσο στον

συνέχεια στη σελ. 26 ▶



## Φιλέτο στήθος κοτόπουλο με σάλτσα από ψητές πιπεριές

### Υλικά

#### Για το κοτόπουλο

4 φιλέτα στήθος κοτόπουλο  
4 κ.σ. αλεύρι  
2 κ.σ. ελαιόλαδο  
Αλάτι, πιπέρι

#### Για τη σάλτσα

1 κρεμμύδι ξερό  
2 σκ. σκόρδο  
60 ml λευκό κρασί  
1 κ.σ. soya sauce  
1 κ.σ. μουστάρδα  
50 γρ. ελιές πράσινες, χωρίς κουκούτσι  
250 ml ζωμό κοτόπουλου  
2 πιπεριές φλωρίνης ψητές  
100 γρ. φέτα  
100 γρ. φύλλα σπανάκι  
10 τοματίνια κομμένα στη μέση  
2 κ.σ. ελαιόλαδο  
30 γρ. αμύγδαλα  
Αλάτι, πιπέρι

#### Προετοιμασία

Αλατοπιπερώνουμε τα φιλέτα κοτόπουλου και τα περνάμε με αλεύρι. Τα σοτάρουμε σε ένα αντικαθητικό τηγάνι, για να θωρακιστούν από όλες τις πλευρές, μέχρι να πάρουν λίγο χρώμα, με λίγο ελαιόλαδο.

Αποσύρουμε τα φιλέτα κοτόπουλο από το τηγάνι και προσθέτουμε το κρεμμύδι και το σκόρδο ψιλοκομμένα, σοτάρουμε για λίγο και σβήνουμε με το λευκό κρασί.

Έπειτα προσθέτουμε τις ελιές, το ζωμό κοτόπουλο, τη μουστάρδα, τη σόγια, ανακατεύουμε, προσθέτουμε τα φιλέτα κοτόπουλου, σκεπάζουμε, χαμηλώνουμε τη φωτιά και σιγομαγειρεύουμε για 20 λεπτά.

## Σύγχρονες συνταγές

### Κωνσταντίνα Πάλλιου

Κλινικός Διατροφολόγος- Διαιτολόγος MSc

Σε ένα μπλέντερ βάζουμε τα αμύγδαλα το ελαιόλαδο τη φέτα και την πιπεριά Φλωρίνης, και χτυπάμε μέχρι να γίνουν μία πάστα.

Μόλις μαγειρεύεται το κοτόπουλο ρίχνουμε την πάστα από την ψητή πιπεριά, το σπανάκι, τα ντοματίνια, ανακατεύουμε και συνεχίζουμε το μαγείρεμα για πέντε λεπτά ακόμα.

Ελέγχουμε το αλατοπίπερο και σερβίρουμε

**Θερμίδες 2300 | Πρωτεΐνες 123γρ. | Υδατάνθρακες 142γρ. | Λίπος 160γρ. | Χοληστερόλη 293χλγρ.**

## Νάγκετς από φακές

### Υλικά

150 γραμμάρια φακές βρασμένες  
2 φέτες ψωμί  
1 καρότο τριμμένο  
100γρ. τριμμένο κίτρινο τυρί  
100γρ. τριμμένο κολοκυθάκι  
Μισό φλιτζάνι καλαμπόκι ή αρακά  
Μπαχαρικά

### Εκτέλεση

Προθερμάνετε το φούρνο στους 200°C. Θρυμματίστε το ψωμί στο μούλτι και στη συνέχεια βάλτε το σε ένα μπολ. Ανακατέψτε τις φακές μαζί με το τριμμένο καρότο και το κολοκυθάκι. Χτυπήστε τα υλικά στο μούλτι μέχρι να αναμειχθούν καλά. Έπειτα, προσθέστε το ψωμί, το τριμμένο τυρί, τον αρακά και το καλαμπόκι και ανακατέψτε τα καλά.

Στη συνέχεια, σχηματίστε μικρά μπαλάκια και με ένα κουτάλι δώστε τους επίπεδο σχήμα- το μίγμα αρκεί για περίπου 15 νάγκετς. Αφήστε τα να ψηθούν στον φούρνο για 20 με 25 λεπτά. Αφού κρυώσουν για 10 λεπτά, μπορείτε να τα σερβίρετε.

**Θερμίδες 847.5 | Πρωτεΐνες 56γρ. | Υδατάνθρακες 90γρ. | Λίπος 30,60γρ. | Χοληστερόλη 114χλγρ.**

## Γρανίτα φράουλα ξυλάκι

### Συστατικά:

500 γρ. φρέσκες φράουλες  
100 γρ. μαρμελάδα φράουλα  
1 κ.σ. αγαπημένο λικέρ ή ποτό  
Θήκες με ξυλάκια για γρανίτα

### Οδηγίες:

Καθαρίζουμε καλά τις φράουλες και τις βάζουμε σε ένα μπλέντερ μαζί με τη μαρμελάδα φράουλα και το ποτό. Χτυπάμε να γίνει ένα ομοιόμορφο μείγμα και γεμίζουμε τις θήκες.

συνέχεια στη σελ. 26 ▶

# Ασκούμενοι-Αθλητές & Κολπική Μαρμαρυγή: Συνδέονται;

**ΑΣΚΗΣΗ  
ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ  
ΣΠΟΡ**

**Γεώργιος Βαβέτσας Ph.D.**

Κλινικός Εργοφυσιολόγος

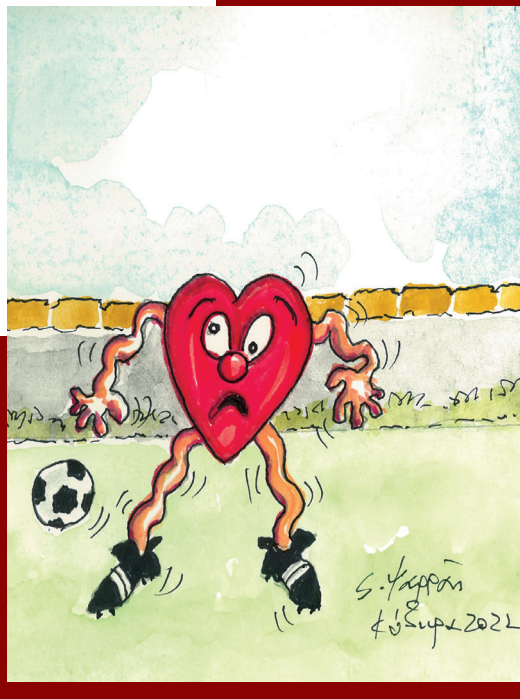
**Η** κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ) είναι μια συχνή καρδιακή αρρυθμία, που σχετίζεται με αυξανόμενο επιπολασμό με την πάροδο της ηλικίας, με δύσπνοια, δυσανεξία στην άσκηση και αυξημένο κίνδυνο για κλινικά συμβάντα, ιδιαίτερα εγκεφαλικό και καρδιακή ανεπάρκεια. Αυτό το φαινόμενο έχει ως αποτέλεσμα την απώλεια της κολπικής συνεισφοράς στην άντληση αίματος, οδηγώντας σε μείωση 15-25% του όγκου του αίματος στις κοιλίες, πριν από τη σύσπαση. Έτσι, αντί για δυννητικά πέντε λίτρα αίματος που φεύγει από τις κοιλίες ανά λεπτό, μπορεί να μειωθεί στα 3 έως 4 λίτρα ανά λεπτό.

Ο κολποκοιλιακός κόμβος καθίσταται ανίκανος να διεξάγει παλμούς από τους κόλπους, με αποτέλεσμα οι κόλποι να χτυπούν πιο γρήγορα από τις κοιλίες. Κατά τη διάρκεια της κολπικής μαρμαρυγής, οι κόλποι χτυπούν 400 έως 600 φορές το λεπτό, ενώ οι κοιλίες μπορεί να χτυπούν έως και 175 φορές το λεπτό. Οι κόλποι και οι κοιλίες, χτυπούν ασυντόνιστα, δημιουργώντας έναν γρήγορο και ακανόνιστο καρδιακό ρυθμό.

Δεδομένης της συχνότητας σχηματισμού θρομβοεμβολικών επιπλοκών, το πρόβλημα της ΚΜ στους αθλητές είναι ιδιαίτερα σημαντικό. Το σύνδρομο Paget-Schroetter, οι τραυματισμοί των άκρων, η αφυδάτωση και η συμπίεση εμφανίζονται συνήθως σε αθλητές και κάτω από τέτοιες συνθήκες, η επίπτωση της κολπικής μαρμαρυγής είναι πάνω από τέσσερα άτομα ανά 100.000 περιπτώσεις

**Οι περισσότεροι συνδέουμε την άσκηση, με την καλή λειτουργία της καρδιάς, όμως, σε μερικές περιπτώσεις, πρέπει να είμαστε επιφυλακτικοί στον τρόπο που θα συνταγογραφήσουμε την άσκηση σε ασκούμενους.**

Οι περισσότεροι συνδέουμε την άσκηση, με την καλή λειτουργία της καρδιάς, όμως, σε μερικές περιπτώσεις πρέπει να είμαστε επιφυλακτικοί στον τρόπο που θα συνταγογραφήσουμε την άσκηση σε ασκούμενους, γνωρίζοντας, ότι οι αθλητές διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο να αναπτύξουν Κολπική Μαρμαρυγή, συγκριτικά με τους μη αθλητές, έχοντας περίπου 2,5 φορές υψηλότερο κίνδυνο. Νεότερες μάλιστα μελέτες δείχναν, ότι οι νεότεροι σε ηλικία αθλητές διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο, σε σύγκριση με τους ηλικιωμένους, ενώ δρομείς αποστάσεων παρουσίασαν πενταπλάσια αύξηση συμβάντων. Διαπιστώθηκε δε, ότι οι αθλητές είχαν σχεδόν



τέσσερις φορές μεγαλύτερο κίνδυνο κολπικής μαρμαρυγής, συγκριτικά με τα άτομα που δεν αθλούνταν και δεν είχαν παράγοντες κινδύνου καρδιακών παθήσεων (Υπέρταση, Διαβήτη), ενώ τα χαμηλά έως μέτρια επίπεδα έντασης άσκησης οδηγούν σε χαμηλότερο κίνδυνο.

Οι μηχανισμοί, με τους οποίους η προπόνηση αυξάνει τον κίνδυνο ΚΜ, είναι περίπλοκοι και υποθετικοί. Η εξήγηση αυτού του φαινομένου ενδεχομένως να αποδίδεται στη διάταση των καρδιακών κοιλοτήτων και την ίνωση που προκαλείται στο μυοκάρδιο, μετά από παρατεταμένη και επίπονη σωματική άσκηση, αλλά και την επίδραση του αυτόνομου νευρικού συστήματος, παράγοντες που συχνά μεταβάλλονται σε αθλητές αντοχής και μπορεί να έχουν αιτιολογική σχέση με τον αυξημένο επιπολασμό της Κολπικής Μαρμαρυγής, έχοντας ως αποτέλεσμα κάποια διόγκωση και στους δύο κόλπους και κοιλίες ως υγιή φυσιολογική προσαρμογή. Η πρόσληψη αλκοόλ, η χρήση διεγερτικών, αναβολικών στεροειδών ή φαρμάκων που ενισχύουν την αθλητική απόδοση, οισοφαγική παλινδρόμηση που προκαλείται με την άσκηση, ή διακοπή του ύπνου με τη μεσολάβηση του πνευμονογαστρικού, είναι παράγοντες που ενισχύουν τα επεισόδια ΚΜ.

Η τακτική σωματική δραστηριότητα βελτιώνει την ικανότητα εκτέλεσης καθημερινών διασκεδαστικών δραστηριοτήτων και μειώνει παράγοντες κινδύνου που οδηγούν σε καρδιακές προσβολές, εγκεφαλικά επεισόδια ή πιο σοβαρά προβλήματα στον καρδιακό ρυθμό. Οι βασικές αρχές του Συνταγολογίου της άσκησης που πρέπει να εφαρμόσουμε,

στηρίζονται στην αρχή της προοδευτικότητας, ξεκινώντας με ελαφριά έως μέτρια προσπάθεια, και αυξάνουμε σταδιακά το ρυθμό και το χρόνο, δίνοντας έμφαση στην προθέρμανση, την αποθεραπεία και την ενυδάτωση.

Για ενήλικες, αλλά όχι αθλητές, συστήνεται αερόβια ρυθμική δραστηριότητα (ποδηλασία, περπάτημα) με προπονητική συχνότητα 2-3 φορές ανά εβδομάδα και για 150 λεπτά συνολικού χρόνου, ξεκινώντας με συνεδρίες των 10-15 λεπτών και κλιμακώνοντας μέχρι και 20-60 λεπτά συνεχόμενης άσκησης, με χαμηλή έως μέτρια ένταση. Για απώλεια λίπους αφιερώνουμε διπλάσιο χρόνο για καθημερινές ασχολίες και δραστηριότητες. Η προπόνηση με αντιστάσεις βοηθά στον έλεγχο των καθημερινών δραστηριοτήτων, τις οποίες κάνει ευκολότερες και ασφαλέστερες. Επιλέγοντας δραστηριότητες και χρησιμοποιώντας το βάρος του σώματος, ή μικρά βαράκια και μηχανήματα μπορούμε να οδηγηθούμε σε ένα σπουδαίο αποτέλεσμα.

Ελαφριές επιβαρύνσεις της τάξης του 60% της 1RM, με προπονητική συχνότητα 2-3 φορές την εβδομάδα, εκτελώντας 2 σειρές (σετ) των 12-15 επαναλήψεων για τις μεγάλες Μυϊκές ομάδες, είναι ικανή δοσολογία για ξεκίνημα. Η προπονητική επιβάρυνση μπορεί να αυξηθεί σταδιακά μέχρι και στο 80% της 1RM, εκτελώντας 8-12 επαναλήψεις. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η σωστή εκτέλεση τεχνικά των ασκήσεων, η αποφυγή της συγκράτησης της αναπνοής και φυσικά η καθοδήγηση από έναν επαγγελματία της άσκησης.

Δραστηριότητες που προάγουν την ισορροπία και την επιδεξιότητα είναι αρκετά χρήσιμες, όπως και τα προγράμματα μυϊκών διατάσεων. Η σύσταση είναι για τουλάχιστον 2 ημέρες ανά εβδομάδα, αλλά βέλτιστα αποτελέσματα βλέπουμε με καθημερινή συμμετοχή σε αυτά (7 ημέρες). Η διάρκεια εφαρμογής της διάτασης μπορεί να ξεκινήσει από τα 15-20 δευτερόλεπτα και να κορυφωθεί στο ένα λεπτό για ηλικιωμένους ενήλικες, για τις βασικές μυϊκές ομάδες. Το Thai Chi, η Yoga και το Pilates, μπορούν να βοηθήσουν στην πρόληψη από πτώσεις και να ενισχύσουν τη νευρομυϊκή αποτελεσματικότητα.

Μεγάλοι θρόμβοι του παγκόσμιου αθλητισμού, όπως ο Λάρυ Μπερντ (Καλαθοσφαιριστής NBA), που κέρδισε πολλά βραβεία ως πολυτιμότερος παίκτης, δεν σταμάτησε να αγωνίζεται ακόμη και όταν του παρουσιάστηκαν συμπτώματα ΚΜ, όπως ζαλάδες, αποπροσανατολισμός και ταχυκαρδία, γεγονός το οποίο δεν ανέφερε ποτέ στην ιατρική του ομάδα, η οποία είναι η απόλυτη αρχή για τον καθορισμό της συμμετοχής του ή όχι σε αγώνες ή προπονήσεις, καθώς έχει την ηθική, ιατρική και νομική υποχρέωση να ενημερώνει τον αθλητή για τους κινδύνους που υπάρχουν, διασφαλίζοντας την υγεία του.

Η αξιολόγηση θα πρέπει να περιλαμβάνει ιατρικό ιστορικό, με ιδιαίτερη έμφαση στις χειρουργικές αναφορές, προσεκτική φυσική εξέταση και πλήρη απεικονιστική μελέτη, συμπεριλαμβανομένης της εκτίμησης της μέγιστης πίεσης στην πνευμονική αρτηρία. Οι δοκιμασίες άσκησης σε διάδρομο ή ποδήλατο με εργοσπιρομέτρηση αξιολογεί καλύτερα την ικανότητα εργασίας, και ορίζοντας τυποποιημένα πρωτόκολλα (Bruce) μπορούμε να έχουμε δεδομένα από την καταγραφή ηλεκτροκαρδιογραφήματος (ΗΚΓ), μέγιστου καρδιακού ρυθμού, ΑΠ και πιθανώς ανάλυση αναπνευστικών αερίων με πρόσληψη οξυγόνου (VO<sub>2</sub>max), για το σχεδιασμό ακριβέστερων προπονητικών προγραμμάτων. ●

## συνέχεια από τη σελ. 31 ►

συναναστρέφονται με το παιδί (γιαγιάδες, παππούδες, θείοι κ.λπ.) μεταφέρουν συμπεριφορές σε θέματα διατροφής και αποτελούν παραδείγματα για τις διατροφικές συνήθειες που αποκτούν τα νήπια. Πολλές φορές, μάλιστα, υπάρχουν λανθασμένη αντίληψη για το μέγεθος της μερίδας που πρέπει να καταναλώνουν τα μικρά παιδιά, με αποτέλεσμα να σερβίρεται πολύ περισσότερο φαγητό από αυτό που χρειάζεται το παιδί. Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί, ότι ο τρόπος μαγειρέματος των παππούδων-γιαγιάδων είναι συχνά διαφορετικός από αυτόν των γονιών, έτσι ώστε να οδηγείται σε ανθυγιεινές συνήθειες (αυξημένη κατανάλωση βούτυρου ή ζωικών λιπών, τηγανητών φαγητών, περισσότερο λάδι στο φαγητό κ.α.).

Τέλος, καλό είναι να γνωρίζουν οι γονείς, ότι η συμπεριφορά των νηπίων απέναντι στο φαγητό είναι απρόσμενη. Τη μια ημέρα μπορεί να τρώνε πολύ και την επόμενη λίγο. Ένα φαγητό που τους αρέσει, και το καταναλώνουν με ευχαρίστηση τη μία ημέρα, μπορεί να μην τους αρέσει την επόμενη. Γι αυτό χρειάζεται ηρεμία και υπομονή, ιδιαίτερα την ώρα της κατανάλωσης του γεύματος. Βέβαια, η παρουσίαση του φαγητού με ωραίο τρόπο αλλά και η συμμετοχή του παιδιού στη διαδικασία της προετοιμασίας του φαγητού, βοηθούν πάντα στη μείωση της νεοφοβίας και στην καλύτερη διάθεση για την κατανάλωση του γεύματος! ●

## συνέχεια από τη σελ. 32 ►

της παραθορμόνης δεν έχει σχετισθεί προς το παρόν με αρνητική επίδραση στην καρδιαγγειακή υγεία.

Όσον αφορά στη συμβουλευτική προσέγγιση, η σύσταση για υγιεινή διατροφή (κατανάλωση χαμηλών λιπαρών γαλακτοκομικών προϊόντων, σολωμού, λαχανικών, φυτικών ινών, αποφυγή κατανάλωσης κόκκινου κρέατος) και η προτροπή αύξησης της φυσικής δραστηριότητας (περπάτημα, χορός, κολύμβηση, πιλάτες, γιόγκα) ισχύει και για τα δύο νοσήματα.

Υπάρχουν αρκετά ερωτήματα, που πρέπει να απαντηθούν, τόσο όσον αφορά στη σχέση των δύο νοσημάτων, τις οδηγίες προς τους επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με τα δύο νοσήματα, τις επιπτώσεις και την ασφάλεια των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για κάθε νόσημα.

Ωστόσο, φαίνεται ότι οι ασθενείς με οστεοπόρωση και/ή κίνδυνο κατάγματος θα πρέπει να υποβάλλονται σε στοιχειώδη καρδιολογικό έλεγχο, όπως υπερηχογραφικό έλεγχο αγγείων και δοκιμασία κόπωσης. Επιπλέον, οι ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο θα πρέπει να ερωτώνται για ιστορικό καταγμάτων και να υποβάλλονται σε έλεγχο οστικής πυκνότητας και εκτίμηση του κινδύνου κατάγματος. Η διάγνωση της οστεοπόρωσης βασίζεται στην αναζήτηση μη ειδικής κλινικής σημειολογίας, στον έλεγχο με ακτινογραφίες της σπονδυλικής στήλης ενώ η πλέον αξιόπιστη μέθοδος είναι η μέθοδος διπλής απορροφησιμετρίας.

Η συσχέτιση της καρδιαγγειακής νόσου με την οστεοπόρωση ανοίγει καινούργιους ορίζοντες στην περαιτέρω έρευνα των μηχανισμών αλλά και την ανάπτυξη φαρμάκων με διπλή δράση τόσο στην καρδιά όσο και τα οστά. ●

# Υγιεινή διατροφή στη νηπιακή ηλικία

ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ  
ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

**Δρ. Ντορίνα (Θεοδώρα-Ειρήνη) Σιαλβέρα**

Κλινική Διαιτολόγος - Διατροφολόγος

Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κ. Κηφισιάς

"Οι Άγιοι Ανάργυροι" Πρόεδρος Πανελληνίου Συλλόγου

Διαιτολόγων - Διατροφολόγων (ΠΣΔΔ)

**Η** νηπιακή ηλικία είναι η πρώτη από τις τρεις περιόδους της παιδικής ηλικίας και περιλαμβάνει παιδιά ηλικίας 1-3 ετών. Αυτή η περίοδος της ζωής του παιδιού, όπως και η βρεφική, είναι πολύ σημαντική για την ανάπτυξη του. Συγκεκριμένα, η ισορροπημένη διατροφή κατά τη βρεφική και πρώτη παιδική ηλικία (τόσο σε επίπεδο ενέργειας/θερμίδων όσο και σε επίπεδο θρεπτικών συστατικών) εξασφαλίζει την ομαλή και πλήρη ανάπτυξη του παιδιού, καθώς και την πρόληψη διαφόρων νοσημάτων (καρδιαγγειακών, σακχαρώδη διαβήτη και παχυσαρκίας) στην ενήλική ζωή του. Αποτελεί το πρώτο στάδιο έκθεσης του παιδιού σε νέα τρόφιμα και παίζει καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της διατροφικής συμπεριφοράς του.

Η απόκτηση σωστών διατροφικών συνηθειών κατά την περίοδο αυτή είναι πολύ σημαντική για:

- Την καλύτερη ανάπτυξη και την καλή υγεία του νηπίου.
- Την αποφυγή προβλημάτων υγείας, όπως αναιμία λόγω έλλειψης σιδήρου, υποθρεψία, παχυσαρκία, τερηδόνα κ.α.
- Το χτίσιμο των βάσεων της μακροχρόνιας υγείας και τη μείωση του κινδύνου εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων (καρδιαγγειακά, διαβήτη τύπου 2, υπέρτασης, οστεοπόρωση, κ.α.).

Μέχρι το τέλος, λοιπόν, του 1<sup>ου</sup> έτους, το διαιτολόγιο του βρέφους θα πρέπει να περιλαμβάνει τρόφιμα από όλες τις ομάδες. Στη συνέχεια η υφή των τροφών θα πρέπει μεταβαίνει από την πολτοποιημένη στην ψιλοκομμένη, προκειμένου να ενθαρρυνθεί η μάσηση.

Τα παιδιά πρέπει να καταναλώνουν τις αντίστοιχες μερίδες, όπως ορίζονται από τον Εθνικό Οδηγό Διατροφής, από όλες τις ομάδες τροφίμων, ανάλογα με την ηλικία τους, οι οποίες να κατανέμονται σε μικρά και συχνά γεύματα καθόλη τη διάρκεια της ημέρας. Συγκεκριμένα, οι γενικές συστάσεις για τα παιδιά άνω των 2 ετών αναφέρουν:

1. Μέχρι την ηλικία των 2 ετών τα παιδιά πρέπει να καταναλώνουν πλήρη γαλακτοκομικά προϊόντα επειδή χρειάζονται το λίπος του γάλακτος. Άπαχο γάλα (0%) δεν πρέπει να καταναλώνεται έως την ηλικία των 5 ετών. Ωστόσο, σε ειδικές καταστάσεις (παιδική παχυσαρκία, υπερλιπιδαιμία, κ.α.) επαναπροσδιορίζονται οι συστάσεις ανάλογα και με την υπόλοιπη διαίτα του παιδιού.
2. Κατανάλωση φρούτων (τουλάχιστον 2 μερίδες ημερησίως) και λαχανικών (1 με 1 ½ μερίδα ημερησίως) όλων των χρωμάτων (κόκκινο, πράσινο, κίτρινο/πορτοκαλί, μπλε/μωβ, λευκό/καφέ), για να προσλαμβάνει ποικιλία βιταμινών και αντιοξειδωτικών.



3. Τα δύο κύρια γεύματα (μεσημεριανό και βραδινό) θα πρέπει να περιέχουν λαχανικά ή χορτόσους και να συνοδεύονται πάντα από σαλάτα. Ενδιάμεσα των κυρίων γευμάτων είναι καλό το παιδί να καταναλώνει σνακ όπως φρούτα ή γιαούρτι.
4. Κατανάλωση δημητριακών ολικής αλέσεως (όπως ψωμί ολικής, ρύζι καστανό, ζυμαρικά ολικής και δημητριακά πρωινού ολικής αλέσεως ή βρώμη).
5. Ποικιλία τροφίμων εβδομαδιαίως στα κυρίως γεύματα (1-2 φορές όσπρια, 2 φορές την εβδομάδα ψάρι, 2-3 φορές την εβδομάδα κρέας και κοτόπουλο, 3 αυγά την εβδομάδα).
6. Χρησιμοποίηση ελαιόλαδου στην προετοιμασία των φαγητών.
7. Αποφυγή ροφημάτων με πρόσθετη ζάχαρη (χυμοί, αναψυκτικά, κ.α.).
8. Μείωση της πρόσληψης ζωικού λίπους.
9. Περιορισμένη κατανάλωση αλατιού, έως και μηδενική χρήση, μέχρι την ηλικία των 2 ετών.

Ο ρόλος της οικογένειας στο φαγητό του νηπίου είναι πολύ σημαντικός για την καθιέρωση των παραπάνω συστάσεων, καθώς η οικογένεια αποτελεί το βασικότερο παράγοντα που επηρεάζει τις συνήθειες του παιδιού στο φαγητό. Οι γονείς, αλλά και οι υπολοίποι συγγενείς που

συνέχεια στη σελ. 30 ▶

# Οστεοπόρωση και Καρδιαγγειακή Νόσος

## Μελπομένη Πέππα

Καθηγήτρια Ενδοκρινολογίας, ΕΚΠΑ  
Υπεύθυνη Μονάδος Ενδοκρινολογίας και Μεταβολικών  
Παθήσεων των οστών  
B' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική  
Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

**Η** οστεοπόρωση είναι αρκετά διαδεδομένο νόσημα, που απασχολεί κυρίως τις μετεμνηνοπαυσιακές γυναίκες, αλλά πλέον και τους ηλικιωμένους άνδρες ή και τα δύο φύλα σε οποιαδήποτε ηλικία, εάν υπάρχουν προδιαθεσικοί παράγοντες, και συνδέεται με την εμφάνιση οστεοπορωτικών καταγμάτων και αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα. Η καρδιαγγειακή νόσος είναι η 1<sup>η</sup> αιτία θνητότητας παγκοσμίως.

**Η καρδιαγγειακή νόσος  
είναι η 1<sup>η</sup> αιτία θνητότητας  
παγκοσμίως.**

Η καρδιαγγειακή νόσος και η οστεοπόρωση, αν και φαίνονται νοσήματα άσχετα μεταξύ τους, μάλλον συνδέονται και αυξάνουν συνδυασικά τη νοσηρότητα και τη θνητότητα.

Οι ασθενείς με χαμηλή οστική πυκνότητα και οστεοπορωτικά κατάγματα παρουσιάζουν σοβαρού βαθμού αποτίπνωση αγγείων, αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακών συμβαμάτων, ενώ το 38% αυτών παρουσιάζουν κολπική μαρμαρυγή και αρρυθμία. Οι ασθενείς με ΚΔΝ έχουν ιστορικό αυτόματων καταγμάτων και/ή παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο οστεοπόρωσης και κατάγματος.

Τα δύο νοσήματα μοιράζονται κοινούς προδιαθεσικούς παράγοντες (ηλικία, κάπνισμα, μειωμένη φυσική δραστηριότητα, μειωμένο ή αυξημένο βάρος σώματος, μειωμένα επίπεδα οιστρογόνων, σακχαρώδης διαβήτης), κοινούς γενετικούς παράγοντες και κοινούς παθογενετικούς μηχανισμούς που σχετίζονται με την ανάπτυξη συστηματικής φλεγμονής και οξειδωτικού stress.

Οι καρδιαγγειακοί παράγοντες κινδύνου (σακχαρώδης διαβήτης, παχυσαρκία, δυσλιπιδαιμία), καθώς και η φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνεται για την αντιμετώπισή τους, επιδρούν στην οστική υγεία.

Τα καρδιαγγειακά φάρμακα επιδρούν στον οστικό μεταβολισμό είτε θετικά (θειαζιδικά διουρητικά, β-αναστολείς, νιτρούδη, στατίνες, διγοξίνη, αναστολείς των υποδοχέων της αγγιότασίνης II, σπείρονολακτόνη), είτε αρνητικά (ηπαρίνη, βαρφαρίνη, διουρητικά της αγκύλης, αμιωδαρόνη, αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου).



Τα αντιστεοπορωτικά φάρμακα επιδρούν στην καρδιαγγειακή υγεία. Δεδομένου ότι το ασβέστιο σχετίζεται με αποτίπνωση αγγείων και ιστών, αθηρωμάτωση και καρδιαγγειακή νόσο, η χορήγηση σκευασμάτων ασβεστίου θα πρέπει να γίνεται με προσοχή και βάσει σχετικών πινάκων, που συστήνουν την ημερήσια πρόσληψη ασβεστίου σε κάθε ηλικιακή ομάδα και βοηθούν στον υπολογισμό της ποσότητας που θα πρέπει να χορηγηθεί εξωγενώς με μεγάλη φειδώ. Η χορήγηση σκευασμάτων βιταμίνης D, πλην της όποιας θετικής δράσης στον οστικό μεταβολισμό και τη μείωση των πτώσεων, φαίνεται να έχει ευνοϊκή επίδραση σε διάφορες παραμέτρους του καρδιαγγειακού συστήματος, αν και χρειάζονται περισσότερα δεδομένα από μελέτες παρέμβασης, για ασφαλή συμπεράσματα. Η ορμονική θεραπεία με οιστρογόνα και προγεστερόνη μετεμνηνοπαυσιακά, αν και είχε ενοχοποιηθεί για στεφανιαία νόσο, πλέον φαίνεται ότι είναι ασφαλής, εάν χορηγείται στα πρώτα 10 χρόνια. Οι τροποποιητές των υποδοχέων των οιστρογόνων, παρουσιάζουν έναν κίνδυνο θρομβοεμβολικού επεισοδίου και αγγειακού επεισοδίου. Τα διφωσφονικά, τα οποία αποτελούν μια μεγάλη κατηγορία φαρμάκων για τη θεραπεία της οστεοπόρωσης, θεωρούνται προστατευτικά, όσον αφορά στη δημιουργία αθηρωμάτωσης, αλλά χρειάζεται προσοχή, λόγω της σχέσης τους με την ανάπτυξη κολπικής μαρμαρυγής. Η πλέον σύγχρονη αντιστεοπορωτική αγωγή με μονοκλωνικά αντισώματα ή ανάλογο

**συνέχεια στη σελ. 30 ▶**