

ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

ΚΟΜΨΟΙ ΜΕ ΔΙΑΙΤΑ ΚΑΙ ΑΣΚΗΣΗ

Peter Kokkinos, Professor of Medicine, Georgetown University and Veterans Affairs Medical Centers, Cardiology Division, Washington DC.

Οι πρόγονοί μας κυνηγούσαν και έτρωγαν, όποτε εύρισκαν τροφή, και κατάφερναν να επιβιώνουν με λίγη ή και καθόλου τροφή μέχρι το επόμενο κυνήγι. Είμαστε ικανοί να αποθηκεύουμε την περίσσεια τροφής με τη μορφή λίπους, για να χρησιμοποιηθεί σε περιόδους υποχρεωτικής νηστείας. Για το σκοπό αυτό έχουμε στον οργανισμό μας περίπου 60 δισεκατομμύρια λιποκύτταρα, των οποίων ο ρόλος είναι να αποθηκεύουν λίπος.

Στο Δυτικό κόσμο σήμερα το πρόβλημα δεν είναι η ανεύρεση αλλά η αποφυγή της τροφής. Στις κοινωνίες της αφθονίας η παχυσαρκία δεν αποτελεί μόνο αισθητικό πρόβλημα αλλά και σημαντικό πρόβλημα υγείας. Η στεφανιαία νόσος, ο καρκίνος, η χολολιθίαση και η αρθροπάθεια έχουν συσχετισθεί με την παχυσαρκία. Ο επιπολασμός της παχυσαρκίας έχει αυξηθεί σημαντικά και στα δύο φύλα τις τελευταίες δύο δεκαετίες. Ακόμη πιο ανησυχητικό είναι το γεγονός ότι ο αριθμός των υπέρβαρων παιδιών έχει διπλασιαστεί κατά τα τελευταία 20 χρόνια. Τα παχύσαρκα παιδιά συνήθως γίνονται παχύσαρκοι ενήλικες. Αυτή η τάση μας δημιουργεί την ανησυχία ότι ο αριθμός των ενηλίκων παχυσάρκων θα αυξηθεί στο μέλλον.

Σε γενικές γραμμές είναι πιο υγιεινό να διατηρούμε χαμηλό σωματικό βάρος σε σχέση με το ύψος μας. Ένας απλός τρόπος να εκτιμήσει κανείς το βάρος του σώματος είναι ο ΔΜΣ, Δείκτης Μάζας Σώματος.

Ταξινόμηση της παχυσαρκίας

	Κατηγορία παχυσαρκίας	ΔΜΣ (Kg/m ³)	Περίμετρος μέσης	
			Άνδρες	Γυναίκες
Χαμηλό βάρος		<18.5		
Φυσιολογικό		18.5-24.9		
Υπέρβαρος		25.0-29.9	>94 cm	>80 cm
Παχυσαρκία	I	30.0-34.9	>102 cm	>88 cm
Μέτρια Παχυσαρκία	II	35.0-39.9		
Σοβαρή Παχυσαρκία	III	>40		

Η θέση που έχει συγκεντρωθεί το λίπος στο σώμα παίζει, επίσης, σημαντικό ρόλο. Η άθροιση λίπους στην κοιλιακή χώρα, χαρακτηριστική στους άνδρες, ονομάζεται κεντρικού τύπου παχυσαρκία και σχετίζεται με υψηλότερο κίνδυνο καρδιαγγειακού θανάτου, διαβήτη και υπέρτασης απ' ό,τι η συκέντρωση λίπους πιο χαμηλά από τη μέση και ψηλά στα μπράτσα, όπως συμβαίνει συνήθως στις γυναίκες. Έτσι η περίμετρος μέσης μεγαλύτερη των 102 εκατοστών για τους άνδρες και των 88 εκατοστών για τις γυναίκες υποδηλώνει παρουσία κεντρικού τύπου παχυσαρκίας. Φυσιολογικά ο κομψός και η κομψή θα πρέπει να έχουν περίμετρο μέσης κατά το ύψος του ομφαλού κάτω από 94 εκατοστά οι άνδρες και κάτω από 80 οι γυναίκες. Σε παχυσαρκία ο γυναικείος τύπος μοιάζει με «αχλάδι», όπου προς την κεφαλή υπάρχει μια αύξηση της διαμέτρου και πολύ περισσότερο κάτω από τη μέση, προφανώς εκεί που το αχλάδι έχει τους δικούς του ...γλουτούς και μηρούς. Ο ανδρικός τύπος παχυσαρκίας μοιάζει με μήλο, προφανώς από την αύξηση της διαμέτρου στη μέση του «μήλου».

Αίτια παχυσαρκίας. Οι κύριοι παράγοντες για την εμφάνιση παχυσαρκίας είναι η υπερβολική κατανάλωση θερμίδων και η μείωση της φυσικής δραστηριότητας. Από αυτά τα δυο, η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας έχει τον πιο σημαντικό ρόλο. Μικρή ανισορροπία στην καθημερινή πρόσληψη και κατανάλωση θερμιδικής ενέργειας έχει μεγάλη επίδραση στο σωματικό βάρος μακροπρόθεσμα. Για παράδειγμα, η ενέργεια που αποθηκεύεται σε 1 κιλό λίπους είναι περίπου 7.700 θερμίδες. Εάν η θερμιδική πρόσληψη αυξηθεί μόνο κατά 140 θερμίδες την ημέρα, όσο δίνει δηλαδή ένα ποτό τύπου Cola, τότε σε διάστημα ενός έτους θα οδηγήσει σε αύξηση του βάρους κατά 7 κιλά. Αντίθετα η βάδιση δύο χιλιομέτρων την ημέρα για ένα χρόνο σε αδυνατίζει 7 κιλά.

Απώλεια βάρους με περιορισμό θερμίδων. Η κομψότητα και η απώλεια βάρους έχουν γίνει εμμονή στις κοινωνίες αφθονίας. Η διακαής επιθυμία αρκετών να κατακτήσουν την κομψότητα, η παρουσία προβλημάτων υγείας που σχετίζονται με την παχυσαρκία, καθώς και οι συχνά αυτοαποκαλούμενοι ειδικοί στο αδυνάτισμα, δημιουργούν ένα ιδιαίτερα γόνιμο έδαφος για εμφάνιση παγκοσμίως, ανθυγιεινών και επικίνδυνων μεθόδων απώλειας βάρους, όπως αυτές των χαμηλών θερμίδων κάτω από 1.200 θερμίδες την ημέρα ή και πολύ χαμηλών, 300-400 θερμ/ημέρα.

Δυστυχώς, οι περισσότερες από αυτές τις δίαιτες δεν παρέχουν ασφάλεια, ούτε είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές για την απώλεια του βάρους και επίτευξη κομψότητας. Συχνά τα απωλεσθέντα κιλά επανακτώνται στον επόμενο χρόνο. Ακόμα πιο σημαντικό είναι το γεγονός, ότι το βάρος που χάνεται δεν είναι μόνον λίπος. Στην πραγματικότητα χάνεται μέχρι και 50% της μυϊκής μάζας, καθώς επίσης σημαντικής ποσότητας νερού, ηλεκτρολυτών και αλάτων. Αυτό οδηγεί σε μυϊκή αδυναμία, ατροφία του καρδιακού μυός, που μπορεί να προκαλέσει μειωμένη καρδιακή απόδοση και, σε ορισμένες περιπτώσεις, αιφνίδιο θάνατο.

Απώλεια βάρους με άσκηση και διαίτα. Οι ιατροί συνιστούν συνδυασμό άσκησης και λογικής διαίτας ως τον καλύτερο τρόπο απώλειας περίσσιου βάρους. Υπάρχουν αρκετοί λόγοι γι' αυτό: 1) είναι η πιο αποτελεσματική και φθηνή θεραπεία, με ελάχιστες, αν υπάρχουν, παρενέργειες, 2) προλαμβάνει την επανεμφάνιση παχυσαρκίας, 3) έχει θετική επίδραση στη γενικότερη υγεία.

Ας δούμε το ακόλουθο παράδειγμα. Κάποιος αποφασίζει να μειώσει την ημερήσια κατανάλωση θερμίδων κατά 400 θερμίδες και περπατά 3 χιλιόμετρα την ημέρα, έξι μέρες την εβδομάδα, δηλαδή 18 χιλιόμετρα την εβδομάδα.

- Με 65 θερμίδες το χιλιόμετρο στο τέλος της εβδομάδος των 18 χιλιομέτρων $65 \times 18 = 1.170$ θερμίδες την εβδομάδα.
- 400 θερμίδες την ημέρα επί 7 ημέρες = 2.800 θερμίδες λιγότερες την εβδομάδα.
- Σύνολο απωλεσθέντων θερμίδων την εβδομάδα: 3.970 θερμίδες.
- Σύνολο απωλεσθέντων θερμίδων το μήνα: $3.970 \times 4 = 15.880$ θερμίδες.

Και, επειδή όπως είπαμε, 1 κιλό λίπους έχει 7.700 θερμίδες, το πρόσωπο θα χάσει περίπου 2 κιλά λίπους το μήνα και περίπου 24 κιλά λίπους το χρόνο.

Ο πιο αποτελεσματικός τρόπος άσκησης για απώλεια σωματικού λίπους είναι η αερόβια άθληση.

Έχει υποστηριχθεί ότι το λίπος μπορεί να φύγει από συγκεκριμένη περιοχή του σώματος αν ασκηθεί τοπικά μόνο αυτή η περιοχή για λίγα λεπτά την ημέρα. Αυτή ήταν μια παραπλανητική άποψη που οδήγησε σε αγορά μηχανημάτων ειδικών για άσκηση κυρίως μέσης και γλουτών, απώλεια χρημάτων και πολύ απογοήτευση. Γιατί; Ο οργανισμός μας φαίνεται ότι δεν ακολουθεί αυτή τη λογική. Κατά κύριο λόγο, οι ασκήσεις που συνιστώνται για τη μέση και τα πόδια δεν απαιτούν αρκετή ενέργεια ώστε να κινητοποιήσουν το αποθηκευμένο λίπος. Επίσης, ακόμα και αν απαιτούσαν κατανάλωση ενέργειας, η ενέργεια που καταναλώνεται δεν προέρχεται ειδικά από το αποθηκευμένο λίπος συγκεκριμένης περιοχής. Τα «καθισματάκια» π.χ. είναι ένας θαυμάσιος τρόπος να δυναμώσει κανείς τους μύες της κοιλιακής χώρας και να ελαττώσει τους πόνους της ράχης. Συνδυάζοντας αυτές τις ασκήσεις με γοργό βάδισμα και δίαιτα χαμηλή σε λιπαρά θα μειωθεί το σωματικό λίπος και παράλληλα θα ισχυροποιηθούν οι μύες της κοιλιακής χώρας.

Οι οδηγίες για άσκηση και δίαιτα συνοψίζονται παρακάτω:

1. Η ημερήσια πρόσληψη θερμίδων δεν πρέπει να είναι μικρότερη των 1200 θερμίδων την ημέρα.
2. Ο περιορισμός των θερμίδων δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 1000 θερμίδες την ημέρα.
3. Η απώλεια βάρους δεν πρέπει να υπερβαίνει το 1 χιλιόγραμμο την εβδομάδα.
4. Η δίαιτα πρέπει να είναι ισοζυγισμένη. Μειώστε τις ποσότητες που τρώτε, χωρίς να αφαιρέσετε είδη τροφής, π.χ. τρώτε ένα κομμάτι κοτόπουλο αντί για δύο.
5. Αποφύγετε τα φαστ-φουντ, τα τηγανητά και τις τροφές με λίγη ή καμιά διατροφική αξία ως τα γλυκά, αναψυκτικά, πατατάκια, κ.ά. Αποφύγετε την περίσσεια λίπους.
6. Να τρώτε μικρότερα φαγητά και πιο συχνά. Αντί για τρία μεγάλα φαγητά, να τρώτε πέντε μικρότερα.
7. Αποφεύγετε το δείπνο αργά το βράδυ. Να τηρείτε απόσταση τουλάχιστον τριών ωρών μεταξύ του δείπνου και της νυχτερινής κατάκλισης.
8. Να τρώτε άφθονα φρούτα και λαχανικά και να πίνετε πολύ νερό.
9. Να είστε περισσότερο φυσικά δραστήριοι. Ο πιο εύκολος τρόπος άσκησης είναι η βόλτα, η οποία είναι η πιο ασφαλής μορφή άσκησης, χωρίς περιορισμούς. Γοργό βάδισμα για 10-15 λεπτά την ημέρα είναι απαραίτητο.

Είναι προτιμότερο να αθλείται κανείς πέντε λεπτά το πρωί και άλλα πέντε λεπτά το βράδυ. Τελικός στόχος σας είναι να περπατάτε 40-60 λεπτά την ημέρα.

10. Ξεκινήστε άσκηση δύο φορές την εβδομάδα για τις πρώτες δύο εβδομάδες. Αυξήστε σε τρεις φορές την τέταρτη εβδομάδα, τέσσερις φορές την 8^η εβδομάδα και έξι φορές μέσα στους 6 μήνες.

Πρόληψη της παχυσαρκίας. Είναι πάντα καλύτερο να προλαμβάνουμε παρά να θεραπεύουμε τις νόσους. Πρέπει όλοι να προλάβουμε την εμφάνιση της παχυσαρκίας στα παιδιά μας, καθώς τα υπέρβαρα παιδιά γίνονται παχύσαρκοι ενήλικες. Τα πρώτα χρόνια της ζωής είναι τα πιο κρίσιμα στη διαμόρφωση του σωματικού βάρους. Όπως είπαμε έχουμε περίπου 60 δισεκατομμύρια λιποκύτταρα στον οργανισμό μας. Όταν αθροίζουμε λίπος, τότε τα κύτταρα αυξάνονται σε μέγεθος για να μπορέσουν να το αποθηκεύσουν. Εάν το λίπος είναι πολύ, τότε πολλαπλασιάζονται και μπορεί να γίνουν 3-5 φορές περισσότερα (180-300 δισεκατομμύρια λιποκύτταρα). Αυτός ο πολλαπλασιασμός των λιποκυττάρων συνήθως συμβαίνει στα δύο πρώτα χρόνια της ζωής μας αλλά και σε όλη τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας και εφηβείας, ακόμα και στην ενήλικη ζωή. Να θυμάστε ότι ο λόγος που τα λιποκύτταρα πολλαπλασιάζονται, πέρα από το φυσιολογικό τους αριθμό, είναι για να αποθηκεύσουν την περίσσεια λίπους στον οργανισμό μας. Έτσι είναι απαραίτητο να γίνει κατανοητό ότι δεν πρέπει να υπερσιτίζουμε τα παιδιά μας. Εμείς οι ίδιοι εισάγουμε τα παιδιά μας σε κατάσταση παχυσαρκίας όταν τα κυνηγάμε με ένα κουτάλι και προσπαθούμε να τα πείσουμε να φάνε όλο τους το φαγητό. Τα παιδιά έχουν ένα φυσικό μηχανισμό που τους λέει πόσο να φάνε. Είναι το αίσθημα της πείνας και του κορεσμού. Είναι καλύτερα να μην παρεμβαίνουμε σε αυτό!

Μια καλύτερη προσέγγιση θα ήταν να ελέγχουμε αν τρώνε την κατάλληλη τροφή και αποφεύγουν τις άχρηστες τροφές των φαστ-φουντ. Διδάξτε τα παιδιά να τρώνε άφθονα φρούτα και λαχανικά, να πίνουν καθαρό νερό αντί για αναψυκτικά του εμπορίου με ή χωρίς ανθρακικό, να αποφεύγουν τα φαστ-φουντ, τα τηγανητά, τις καραμέλες, τα πατατάκια, κ.ά. Να ελέγχετε το χρόνο που τα παιδιά παρακολουθούν τηλεόραση και παίζουν παιχνίδια στον υπολογιστή. Έχουν άμεσα συσχετιστεί με την εμφάνιση παιδικής παχυσαρκίας. Δύο ώρες τηλεθέασης ή απασχόλησης με παιχνίδια στον υπολογιστή την ημέρα είναι υπεραρκετές. Τέλος, ωθείστε τα παιδιά στην άσκηση και στη φυσική δραστηριότητα. Τα παιδιά λατρεύουν το παιχνίδι, αφήστε τα να παίξουν.

Θα ήθελα να υπενθυμίσω σε όλους μας ότι έχουμε, εδώ και πολλούς αιώνες, το πιο υγιεινό και εύκολο στην τήρησή του σιτηρέσιο. Τη νηστεία της Ορθόδοξης Εκκλησίας μας, η οποία συνιστάται να τηρείται για περίπου 200 ημέρες το χρόνο. Εάν την ακολουθήσουμε, τότε σίγουρα οι περισσότεροι από εμάς θα αποφύγουμε την παχυσαρκία και άλλες ασθένειες.

ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΥΠΕΡΤΑΣΗ: Άσπονδοι φίλοι.

Κωνσταντίνος Γ. Θωμόπουλος, Επιμελητής Καρδιολογικού Τμήματος, ΓΝΜΑ «Έλενα Βενιζέλου».

Στους “Ρυθμούς της Καρδιάς” έχουν δημοσιευτεί αρκετά άρθρα από έγκριτους συναδέλφους, που εξετάζουν τις δυσμενείς συνέπειες της υπέρτασης ή της παχυσαρκίας μεμονωμένα. Συχνά, όμως, η παχυσαρκία και η υπέρταση συνυπάρχουν, με αποτέλεσμα οι αρνητικές τους επιδράσεις να είναι προσθετικές. Η παχυσαρκία προηγείται της εκδήλωσης υπέρτασης και είναι αλήθεια ότι δεν έχουν υπέρταση όλοι οι παχύσαρκοι. Το 35% του πληθυσμού των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής είναι παχύσαρκοι με δείκτη μάζας σώματος πάνω από 30 κιλά κατά τετραγωνικό μέτρο επιφανείας σώματος (Kg/m^2), και από τον υπόλοιπο πληθυσμό με το ίδιο ποσοστό 35% είναι υπέρβαροι με δείκτη μάζας σώματος 25-30 Kg/m^2 και 30% μόνον έχουν φυσιολογικό βάρος με δείκτη μάζας σώματος κάτω από 25 Kg/m^2 . Το ετήσιο κόστος της παχυσαρκίας και των συνεπειών της για την αμερικανική οικονομία ανέρχεται στο ποσό των 136 δισεκατομμυρίων ευρώ. Στην Ελλάδα είμαστε «κάπως καλύτερα» από τους σωματικά ευμεγέθεις Αμερικανούς, αλλά τα τελευταία χρόνια υπάρχει η τάση να τους φτάσουμε. Έτσι, λοιπόν, ποσοστό 25% του πληθυσμού μας είναι παχύσαρκοι, 35% υπέρβαροι και 40% έχουν φυσιολογικό βάρος. Το αναγόμενο ετήσιο ελληνικό κόστος που εκπορεύεται από την επιδημία της παχυσαρκίας είναι περίπου 3 δισ. ευρώ.

Η παχυσαρκία διακρίνεται σε **κεντρικού τύπου** με συσσώρευση λίπους στην κοιλιά και σε **περιφερική** με υποδόρια συσσώρευση λίπους στους γλουτούς-μηρούς και στήθος-βραχίονες. Στην κεντρική παχυσαρκία η περίμετρος της μέσης στο ύψος του ομφαλού υπερβαίνει τα ανώτερα φυσιολογικά όρια, 88 εκατοστά για τη γυναίκα και 102 για τον άνδρα. Στην περιφερική παχυσαρκία η περίμετρος περί τη λεκάνη είναι σαφώς μεγαλύτερη από την περίμετρο της μέσης. Η εμφάνιση ενός προσώπου με κεντρική παχυσαρκία λέγεται ότι είναι όμοια με «μήλο», ενώ σε περιφερική παχυσαρκία μοιάζει με «αχλάδι». Διαχρονικά έχει καταδειχθεί ότι η κεντρικού τύπου παχυσαρκία συνοδεύεται από περισσότερες επιπλοκές σε σχέση με την περιφερικού τύπου. Είναι όμως σκόπιμο να τονιστεί, ότι τόσο η κεντρική όσο και η περιφερική παχυσαρκία λαμβάνονται υπ’ όψιν κατά την εκτίμηση του καρδιαγγειακού κινδύνου σε παχύσαρκο-υπερτασικό πρόσωπο.

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει έντονη επιστημονική δραστηριότητα για τη μελέτη του δίπτυχου παχυσαρκίας-υπέρτασης. Τόσο η παχυσαρκία όσο και η υπέρταση φαίνεται να έχουν γενετικό υπόβαθρο, καθ’ ότι έχουν απομονωθεί γονίδια που συμβάλλουν στην από κοινού εκδήλωση των νόσων. Ειδικά για την παχυσαρκία τα περισσότερα από τα «ένοχα γονίδια» δρουν κατά τέτοιο τρόπο ώστε οι φορείς τους να παρουσιάζουν περισσότερη όρεξη και άρα να είναι περισσότερο ευεπίφοροι στην παχυσαρκία. Όσον αφορά στο δίδυμο υπέρτασης-παχυσαρκίας έχουν ενοχοποιηθεί γονίδια που συμβάλλουν ταυτόχρονα στην αύξηση της αρτηριακής πίεσης και του σωματικού βάρους. Εκτός όμως από τη γενετική συνιστώσα, η κύρια αιτία συνύπαρξης των νοσημάτων είναι ο ανθυγιεινός τρόπος ζωής με ανεξέλεγκτη ποσοτικά και ποιοτικά διατροφή, έλλειψη σωματικής άσκησης, υπερβολική κατανάλωση άλατος, καταθλιπτική συμπεριφορά. Η αλληλεπίδραση των γονιδίων και του περιβάλλοντος - τρόπου ζωής συμβάλλουν τελικά στη

διαπίστωση ότι το 60% των Αμερικανών υπερτασικών γίνονται παχύσαρκοι και τηρουμένων των αναλογιών το 35-40% των Ελλήνων. Τα παχύσαρκα παιδιά έχουν τριπλάσια πιθανότητα να έχουν υπέρταση σε σχέση με φυσιολογικού βάρους παιδιά. Η αύξηση του σωματικού βάρους κατά 4 κιλά στους άνδρες ή 3 κιλά στις γυναίκες, που δεν έχουν υπέρταση, αυξάνει κατά 20-30% την πιθανότητα ανάπτυξης υπέρτασης σε χρονικό ορίζοντα μόνο 4 ετών. Βλέποντας το πρόβλημα από την αντίθετη οπτική, μείωση του σωματικού βάρους κατά 10 κιλά συνοδεύεται από μείωση της αρτηριακής πίεσης κατά 10mmHg περίπου, γεγονός που δείχνει με σαφήνεια ότι η αύξηση και η μείωση του σωματικού βάρους συνοδεύονται από σημαντική επίδραση στα επίπεδα της αρτηριακής πίεσης.

Ορισμένα αίτια του συνδυασμού υπέρτασης-παχυσαρκίας προέρχονται από τον χώρο της ενδοκρινολογίας και, εν προκειμένω, θα πρέπει αυτά να αποκλείονται. Παραδείγματα είναι το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών, ο υποθυρεοειδισμός, ο υπερπαραθυρεοειδισμός (είτε πρωτογενής είτε λόγω έλλειψης βιταμίνης D) και το σύνδρομο Cushing που συνδυάζεται με υψηλά επίπεδα κορτιζόλης. Τέλος, οι πάσχοντες από ρευματολογικά προβλήματα που λαμβάνουν χρονίως κορτιζόνη είναι συχνά παχύσαρκοι ή τουλάχιστον υπέρβαροι και πολλές φορές έχουν υψηλά επίπεδα αρτηριακής πίεσης.

Η υπέρταση στους παχύσαρκους έχει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που σηματοδοτούν ιδιαιτερότητες στην αντιμετώπισή της. Οι παχύσαρκοι πάσχουν από τη λεγόμενη «ογκοεξαρτώμενη υπέρταση» που οφείλεται σε κατακράτηση άλατος και νερού. Η παχυσαρκία δημιουργεί σύμπλοκες αλληλεπιδράσεις μεταξύ καρδιάς, αγγείων, νεφρών και νευρικού συστήματος, συνισταμένη των οποίων είναι, εκτός της αύξησης της αρτηριακής πίεσης, η προοδευτική δυσλειτουργία των παραπάνω οργάνων. Η χρήση συγκεκριμένων φαρμάκων μπορεί να αποτρέψει τη διαίωνιση του φαύλου κύκλου παχυσαρκίας, υπέρτασης και προοδευτικών βλαβών των οργάνων ως των νεφρών και του καρδιαγγειακού συστήματος. Βασική προτεραιότητα στην αντιμετώπιση του διδύμου υπέρταση-παχυσαρκία είναι σωστή διατροφή με μειωμένη πρόσληψη λιπαρών και άλατος, η σχεδόν καθημερινή άσκηση και ο ξεκούραστος ύπνος. Σχετικά με τον τελευταίο, πολλοί παχύσαρκοι-υπερτασικοί πάσχουν από σύνδρομο υπνικής άπνοιας με νυκτερινό ροχαλητό, άπνοιες κατά τον ύπνο και, αντιστρόφως, υπνηλία την ημέρα. Γενικά ο ύπνος τους δεν τους ξεκουράζει. Συνηθέστερα οι πάσχοντες από σύνδρομο υπνικής άπνοιας είναι σε μεγάλο βαθμό παχύσαρκοι και υπερτασικοί. Η σωστή αντιμετώπιση του συνδρόμου υπνικής άπνοιας συμβάλλει ευεργετικά τόσο στη μείωση του σωματικού βάρους όσο και στη μείωση της αρτηριακής πίεσης.

Οι παχύσαρκοι υπερτασικοί ασθενείς έχουν δυσκολίες στη σωστή ρύθμιση της πίεσης με τα γνωστά φάρμακα, διότι χρειάζονται συνδυασμούς αρκετών φαρμάκων σε μεγαλύτερες δοσολογίες σε σχέση με τα πρόσωπα φυσιολογικού σωματικού βάρους. Ο θεραπευτικός στόχος της αρτηριακής πίεσης για τους παχύσαρκους με υπέρταση είναι κάτω από 140/90mmHg, όπως ισχύει για τους υπόλοιπους υπερτασικούς. Εάν υπάρχει ιστορικό καρδιαγγειακού επεισοδίου, π.χ. έμφραγμα μυοκαρδίου ή εγκεφαλικό, τότε η αρτηριακή πίεση μπορεί να είναι λίγο χαμηλότερη. Επειδή ο παχύσαρκος υπερτασικός πάσχει συγχρόνως από επιπρόσθετες νοσηρότητες, όπως η υπερχοληστερολαιμία και ο σακχαρώδης διαβήτης, η αντιμετώπιση των παθήσεων αυτών κρίνεται επιτακτική για τη συνολική μείωση του καρδιαγγειακού τους κινδύνου.

Η πρόληψη παχυσαρκίας και υπέρτασης πρέπει να αρχίζει από τη σχολική ηλικία όχι με αποσπασματικό τρόπο σε κάθε οικογένεια ξεχωριστά, αλλά με οργανωμένες κινητοποιήσεις από φορείς που προάγουν την υγεία. Είναι εξ άλλου γνωστό ότι πολλές φορές οι ίδιοι οι γονείς έχουν πλήρη άγνοια των δυσμενών συνεπειών της υπέρτασης και της παχυσαρκίας. Φορέας προαγωγής της υγείας με δραστηριοποίηση στην πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι το Ελληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας. Το ΕΛ.Ι.ΚΑΡ., μέσω προγράμματος ενημέρωσης των παιδιών και εφήβων στα σχολεία, συμβάλλει διαχρονικά στην ενημέρωση των μαθητών σχετικά με τις ευεργετικές συνέπειες της άσκησης και του σωστού τρόπου διατροφής. Ανάλογες δράσεις για τη μείωση της εξάπλωσης της παχυσαρκίας σε Ευρωπαϊκό επίπεδο πραγματοποιούνται μέσω ειδικών προγραμμάτων με πρωτοπόρο το πρόγραμμα EPODE (Ensemble, Prevenons l'Obesite Des Enfants) στη Γαλλία.

Η προσωπική μου εμπειρία από την ενημέρωση των παιδιών του Δημοτικού και του Γυμνασίου υπό τη σκέπη του Ελληνικού Ιδρύματος Καρδιολογίας είναι πολύ θετική. Πράγματι, κατά τη διάρκεια των ενημερωτικών παρουσιάσεων στα σχολεία, οι μικροί μαθητές παρακολουθούν με αξιοσημείωτη προσοχή και συμμετέχουν ενεργά με πολλές ερωτήσεις, γεγονός που σηματοδοτεί ότι η πρόληψη θα πρέπει να ξεκινά από το σχολείο και ότι τα παιδιά πρέπει να ευαισθητοποιούνται σε τακτά χρονικά διαστήματα σε θέματα που αφορούν στη σωματική και πνευματική τους υγεία. Η ευρύτερη συνεισφορά των λειτουργιών της υγείας σε προγράμματα ενημέρωσης πρέπει να αποτελεί σημαντική προτεραιότητα του ιατρικού λειτουργήματος. Η ανάγκη ανάπτυξης προγραμμάτων προαγωγής της υγείας στα σχολεία οφείλει να έχει πανελλαδική εμβέλεια, να ρυθμίζεται από τις ανά την Ελλάδα περιφέρειες σε συνεργασία με φορείς όπως το Ελληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας ή άλλους ανάλογους που δραστηριοποιούνται σε διαφορετικά εδάφια της Ιατρικής.

Οδηγίες για το σπίτι. Θα πρέπει να έχουμε επίγνωση τόσο του σωματικού μας βάρους όσο και των επιπέδων της πίεσής μας. Έτσι λοιπόν προτείνεται να έχουμε μια σωστή ζυγαριά και να ελέγχουμε το σωματικό μας βάρος 1-2 φορές εβδομαδιαίως το πρωί. Επίσης, με μια απλή μεζούρα θα μπορούμε να έχουμε ακριβή εκτίμηση του κοιλιακού μας λίπους. Τοποθετούμε τη μεζούρα στη μέση στο σημείο που προέχει περισσότερο η κοιλιακή χώρα: περίπου στο ύψος του ομφαλού. Τέλος, χρησιμοποιούμε έγκυρο ηλεκτρονικό πιεσόμετρο βραχίονα για τη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης κατ' οίκον. Στο σπίτι η αρτηριακή πίεση πρέπει να είναι κάτω από 135/85 mmHg και το φυσιολογικό σωματικό βάρος κατά τετραγωνικό μέτρο επιφανείας σώματος είναι 20-25 κιλά. Για τους ενήλικες μη υπερτασικούς, η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης συνιστάται να γίνεται 1-2 φορές το χρόνο ενώ για τους υπερτασικούς 1-2 φορές την εβδομάδα πρωί, πριν τη λήψη των αντιυπερτασικών φαρμάκων και βράδυ προ του δείπνου.

ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ: Η επιδημία που απειλεί το μέλλον μας.

Δημήτριος Σακελλαρίου, Καρδιολόγος Α΄ Καρδιολογική Κλινική ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός».

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν στις μέρες μας την κυριότερη αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας, της οποίας ποσοστό 40-45% στις ανεπτυγμένες χώρες και στη χώρα μας οφείλεται σ' αυτά. Τα τελευταία χρόνια ο ρόλος της παχυσαρκίας, ως ένας από τους μεγαλύτερους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου, έχει επαρκώς τεκμηριωθεί και αποτελεί αναμφισβήτητο βασικό αίτιο εκδήλωσης καρδιαγγειακών νοσημάτων. Δυστυχώς η συχνότητα της παχυσαρκίας συνεχώς αυξάνεται, κυρίως, στον αναπτυγμένο κόσμο.

Η παχυσαρκία παρουσιάζει αυξητικές τάσεις σε παγκόσμια κλίμακα και, κυρίως, στην παιδική ηλικία. Η παιδική παχυσαρκία τείνει να αποτελέσει μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας. Εδώ και δεκαετίες, παρουσιάζει αυξητικές τάσεις και ενώ το 1980 το ποσοστό των παχύσαρκων παιδιών ήταν 5%, το 2000 το ανάλογο ποσοστό ήταν 20-25%! Πρόκειται συνεπώς για μία πραγματικά επείγουσα υπόθεση που απαιτεί άμεση αντιμετώπιση. Στην Ευρώπη κάθε χρόνο μετρώνται περίπου 400.000 υπέρβαρα παιδιά, σχεδόν ένα στα τέσσερα παιδιά το 2002 ήταν υπέρβαρο!

Στην Ελλάδα, περισσότερο του 20% των παιδιών ηλικίας 7 έως 11 ετών είναι υπέρβαρα ή/και παχύσαρκα. Ένα στα τρία αγόρια και ένα στα τέσσερα κορίτσια στη χώρα μας έχουν βάρος πάνω από το φυσιολογικό, ποσοστά υψηλότερα σε σύγκριση με τα αντίστοιχα των περισσότερων μεσογειακών χωρών, σύμφωνα με στοιχεία που παρουσιάστηκαν στην 17η Ετήσια Συνάντηση του European Childhood Obesity Group (ECOG), η οποία πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα, τον Ιούλιο του 2007.

Σε πολλές χώρες η συχνότητα της παχυσαρκίας έχει τριπλασιαστεί την τελευταία εικοσαετία. Το γεγονός αυτό αυξάνει σε πολλαπλάσιο βαθμό την πιθανότητα να εμφανίσουν ως ενήλικες διαβήτη τύπου 2, στεφανιαία νόσο, αρτηριοπάθειες και άλλα συναφή νοσήματα, πριν ή κατά τη διάρκεια της νεαρής ενήλικης ζωής. Η παιδική παχυσαρκία αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης συστολικής αρτηριακής υπέρτασης τεσσερισήμισι, 4,5, φορές συγκριτικά με το λοιπό πληθυσμό, αύξηση της LDL-κακής χοληστερόλης κατά 3 φορές, μείωση της HDL-καλής χοληστερόλης κατά 3,4 φορές και αύξηση των τριγλυκεριδίων κατά 7 φορές. Την ίδια ώρα, τα επίπεδα ινσουλίνης νηστείας συχνά αυξάνονται πολύ, δωδεκαπλασίως, σχετικός κίνδυνος 12,6 φορές, γεγονός που υποδηλώνει αυξημένη αντίσταση των ιστών στην ινσουλίνη και αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη στη μετέπειτα ζωή. Στην κλίμακα του βαθμού παχυσαρκίας τα πιο παχύσαρκα παιδιά- ανώτερο τεταρτημόριο σωματικού βάρους - έχουν ποσοστό εμφάνισης μεταβολικού συνδρόμου 15%, σε σχέση με το 1% έως 1,5% στα μόλις παχύσαρκα παιδιά που βρίσκονται στο χαμηλότερο τεταρτημόριο. Επίσης τα παχύσαρκα παιδιά και οι παχύσαρκοι έφηβοι έχουν συχνότερα πολλές παθήσεις διαφόρων οργάνων, όπως άσθμα, άπνοια στον ύπνο, πολυκυστικές ωοθήκες, συναισθηματικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς, επειδή δεν ανταποκρίνονται εύκολα, π.χ. σε ομαδικά παιχνίδια, ορθοπεδικά προβλήματα, διαταραχή ανοχής γλυκόζης και είναι υποψήφια για διαβήτη, και τα παχύσαρκα αυτά παιδιά είναι υποψήφια για υπέρταση, δυσλιπιδαιμία-υπερχοληστερολαιμία ή στεατοηπατίτιδα από λιπώδες ήπαρ. Η επίπτωση της συσσώρευσης τέτοιων προβλημάτων από μικρή ηλικία

προκαλεί ανησυχία για ραγδαίες επιπτώσεις στο σύστημα υγείας, το οποίο θα επιβαρυνθεί ιδιαίτερα.

Με βάση τα παραπάνω είναι σαφές ότι η διόγκωση του προβλήματος της παιδικής παχυσαρκίας συνιστά έναν επιδημιολογικό εφιάλτη για τις μελλοντικές γενιές, αφού προβλέπεται να οδηγήσει σε σημαντική αύξηση της επίπτωσης της ισχαιμικής καρδιοπάθειας και των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων, οδηγώντας σε μεγάλη αύξηση της καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνησιμότητας με σημαντικές κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις στις σύγχρονες κοινωνίες. Είναι χαρακτηριστικό ότι πρόσφατα διεξήχθη συνάντηση των Υπουργών Υγείας των Ευρωπαϊκών Χωρών, μελών του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας, στην οποία έγινε ειδική μνεία για την παιδική παχυσαρκία και έχουν ξεκινήσει οι συζητήσεις για την υιοθέτηση κοινής στρατηγικής στην αντιμετώπιση της.

Τα ανησυχητικά αυτά δεδομένα έχουν ιδιαίτερη αξία για τη χώρα μας, που σε πολλές έγκυρες μελέτες κατατάσσεται μεταξύ των τριών πρώτων ευρωπαϊκών χωρών όσον αφορά στη συχνότητα της παιδικής παχυσαρκίας. Μάλιστα, σύμφωνα με τη Διεθνή Ομάδα Παχυσαρκίας, η χώρα μας κατέχει το θλιβερό «προνόμιο» πανευρωπαϊκώς της δεύτερης σε συχνότητα χώρας σε παιδική παχυσαρκία.

Τον κύριο ρόλο σε αυτή την τεράστια αύξηση του προβλήματος παίζουν οι διατροφικές συνήθειες των παιδιών μας. Καθημερινά τα παιδιά καταναλώνουν φαγητά υπερβολικής θερμιδικής αξίας και αμφιβόλου ποιότητας και ταυτόχρονα επιβαρύνουν τον παιδικό οργανισμό με διάφορες επιβλαβείς ουσίες. Το **μάρκετινγκ «ανθυγιεινής» τροφής** στα παιδιά είναι ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που συνεισφέρουν στην παιδική παχυσαρκία. Δεκάδες ώρες ενασχόλησης από ειδικούς διαφημιστές καταναλώνονται καθημερινά για την ευφάνταστη και αποδοτική σύνδεση προϊόντων σίτισης με παιδικούς ήρωες και κινούμενα σχέδια, παιχνίδια, διασκέδαση, δράση, περιπέτεια, χιούμορ, στοιχεία που γοητεύουν το κάθε παιδί, το οποίο σπεύδει να τα βάλει στο καθημερινό του διατροφικό πρόγραμμα. Σε μια προσπάθεια να μειωθεί αυτό το κύμα προώθησης ανθυγιεινών τροφίμων και ποτών στα παιδιά, το 2007 η Γενική Συνέλευση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας εξέδωσε ειδικές συστάσεις που αφορούν στο μάρκετινγκ τροφών και μη αλκοολούχων ποτών σε παιδιά.

Μια άλλη παράμετρος, η οποία ερμηνεύει αυτά τα υψηλά ποσοστά παιδικής παχυσαρκίας στη χώρα μας, είναι η έλλειψη ευαισθητοποίησης των γονέων και η αδυναμία απαγκίστρωσης από τη στρεβλή δοξασία της ελληνικής κοινωνίας, ότι το πάχος είναι δείκτης κοινωνικής υπεροχής. Συνήθως οι γονείς δεν παραδέχονται ότι τα παιδιά τους είναι υπέρβαρα. Αυτή η έλλειψη ευαισθητοποίησης αντικατοπτρίζεται ανάγλυφα στα όσα καταγράφηκαν στο πλαίσιο του «Μήνα χοληστερόλης», όπου περίπου 45.000 πολίτες που συμμετείχαν εθελοντικά στο πρόγραμμα, κατέθεταν τη γνώμη τους για τη βαρύτητα του ρόλου της παχυσαρκίας και της έλλειψης δραστηριότητας στην εκδήλωση των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Έτσι, μόνο το 7% των ερωτηθέντων αξιολογεί την παχυσαρκία ως σημαντικό παράγοντα καρδιαγγειακού κινδύνου και μόνο το 4% αξιολογεί ως σημαντικό το ρόλο της φυσικής δραστηριότητας στην πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Η έλλειψη χρόνου από τους γονείς, για την ενασχόληση με τη διατροφή του παιδιού τους, είναι ένα ακόμη επιβαρυντικό στοιχείο που οδηγεί στην επιδείνωση του προβλήματος. Ο μέσος χρόνος για την προετοιμασία φαγητού στο σπίτι έχει μειωθεί σε 20 λεπτά από δύο ώρες που ήταν πριν δύο δεκαετίες. Η έλλειψη

ποιοτικής διατροφής λόγω χρόνου οδηγεί στην εύκολη λύση των έτοιμων φαγητών, των ταχυφαγείων, των κάθε λογής σνακ που επιβαρύνουν τη σωματική και ψυχική υγεία των παιδιών μας.

Η έλλειψη φυσικής άσκησης είναι μια ακόμα παράμετρος που επιτείνει το πρόβλημα. Οι υποχρεώσεις των μαθητών είναι πολύ μεγαλύτερες σε σχέση με το παρελθόν, με αποτέλεσμα ο ελεύθερος χρόνος των παιδιών σχολικής ηλικίας να είναι ιδιαίτερα περιορισμένος. Ακόμα και αυτός ο λίγος χρόνος όμως αναλώνεται σε καθιστικές δραστηριότητες, που ευνοούν την αύξηση του σωματικού βάρους. Ένας στους τρεις μαθητές του Δημοτικού παρακολουθούν τηλεόραση περισσότερες από δύο ώρες καθημερινά, ενώ περισσότερα από τα μισά παιδιά ασχολούνται με τα ηλεκτρονικά παιχνίδια, τουλάχιστον μία ώρα την ημέρα. Η αύξηση της εγκληματικότητας έχει επιτείνει την ανησυχία των γονέων για την ασφάλεια των παιδιών τους έξω από το σπίτι και τους κάνει να αποτρέπουν το παιχνίδι τους σε ανοιχτούς χώρους, το οποίο σε συνδυασμό με την έλλειψη μεγάλων ανοιχτών χώρων για να παίξουν τα παιδιά, οι γνωστές αλάνες του παρελθόντος, περιορίζουν ασφυκτικά την φυσική δραστηριότητά τους.

Συμπερασματικά, η παιδική παχυσαρκία είναι νόσος και ως τέτοια πρέπει να αντιμετωπίζεται. Η αντιμετώπιση της είναι δύσκολη, επειδή απαιτεί την κινητοποίηση πολλών κοινωνικών δομών: γονείς, δασκάλους, πολιτεία. Πρέπει να στρέψουμε τα παιδιά προς ένα τρόπο ζωής περισσότερο υγιή, δίνοντας έμφαση στην ισορροπημένη διατροφή και τη φυσική άσκηση. Είναι πολύ σημαντικό να δράσουμε στο ευρύτερο περιβάλλον του παιδιού όσο νωρίτερα γίνεται, ούτως ώστε η ηλικία του να μην είναι εμπόδιο για να αλλάξει τις συνήθειές του. Μόνο με συντονισμένη δράση θα μπορέσουμε να αλλάξουμε τα δεδομένα και θα μπορέσουμε να αντιμετωπίσουμε το πρόβλημα της παιδικής παχυσαρκίας και να ατενίζουμε με μεγαλύτερη αισιοδοξία το μέλλον βλέποντας τα Ελληνόπουλα υγιή και δραστήρια, όχι παχύσαρκα.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΑΝΑΓΝΩΣΤΩΝ

Ο συνεργάτης μας **Δημήτριος Ρίχτερ**, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής «Ευρωκλινική» Αθηνών, απαντά :

Ερώτηση του Παυ. Πετ.-Κέρκυρα . Είμαι άνδρας 55 ετών και πρόσφατα πληροφορήθηκα ότι δύο φίλοι μου πάσχουν από μεταβολικό σύνδρομο. Η απορία μου είναι ότι ο ένας είναι παχύσαρκος και διαβητικός και ο άλλος υπερτασικός. Σας παρακαλώ εξηγήστε μου πώς είναι δυνατόν να συμβαίνει αυτό και να πάσχουν και οι δύο από το ίδιο σύνδρομο.
Ευχαριστώ

Απάντηση: Πρέπει πρώτα από όλα να πούμε ότι όταν αναφερόμαστε στην έννοια σύνδρομο εννοούμε ένα σύνολο από συμπτώματα ή διαφορετικά νοσήματα που πολύ συχνά αλλά όχι πάντοτε συνυπάρχουν. Μια περίπτωση συνδρόμου που απασχολεί καθημερινά τους καρδιολόγους αλλά και άλλους ειδικούς είναι το μεταβολικό σύνδρομο, στο οποίο αναφέρεται ο αναγνώστης μας.

Ένας ορισμός του **μεταβολικού συνδρόμου** συνιστάται στη συνύπαρξη: 1. σακχάρου νηστείας >100mg/%, 2. επίπεδα αρτηριακής πίεσης $\geq 130/85$ mmHg, 3. καλή χοληστερίνη (HDL)<40mg/% στους άνδρες και <50mg/% στις γυναίκες, 4. τριγλυκερίδια ≥ 150 mg/%, 5. περίμετρος μέσης στους άνδρες ≥ 102 cm και στις γυναίκες ≥ 88 cm. Με βάση τα παραπάνω, λέγεται ότι ένας άνδρας ή μια γυναίκα πάσχει από μεταβολικό σύνδρομο όταν έχει ταυτόχρονα τρεις τουλάχιστον από τους πέντε παραπάνω παράγοντες.

Με άλλα λόγια ο ορισμός του μεταβολικού συνδρόμου είναι πολυπαραγοντικός και συμπεριλαμβάνει διαφορετικούς ασθενείς με άλλοτε διαφορετικά συνυπάρχοντα νοσήματα. Στο παράδειγμα του αναγνώστη μας, ο πρώτος του φίλος είναι παχύσαρκος και έτσι θα έχει περίμετρο μέσης ≥ 102 cm, είναι διαβητικός και έτσι θα έχει σάκχαρο νηστείας παθολογικό (≥ 126 mg/%, δηλαδή πάνω από 100mg/%, που λέει ο παραπάνω ορισμός του μεταβολικού συνδρόμου). Συγχρόνως εφόσον του έχουν πει ότι πάσχει από μεταβολικό σύνδρομο και δεν είναι υπερτασικός τότε θα έχει τριγλυκερίδια ή/και HDL σε παθολογικά επίπεδα σύμφωνα πάντα με τον παραπάνω ορισμό.

Ο δεύτερος φίλος του αναγνώστη μας έχει μεταβολικό σύνδρομο και είναι υπερτασικός (επίπεδα αρτηριακής πίεσης $\geq 140/90$ mmHg, δηλαδή πάνω από το 130/85mmHg, που λέει ο ορισμός του μεταβολικού συνδρόμου). Αν δεν είναι διαβητικός και δεν είναι παχύσαρκος τότε θα πρέπει να έχει τριγλυκερίδια και καλή χοληστερίνη σε παθολογικά επίπεδα.

Θα μπορούμε στον πειρασμό να επισημάνουμε μια λεπτομέρεια που είναι αρκετά ουσιαστική. Αν προσέξατε τα επίπεδα της αρτηριακής πίεσης ως κριτηρίου για το μεταβολικό σύνδρομο είναι $\geq 130/85$ mmHg, δηλαδή χαμηλότερα από αυτά που ορίζουν την υπέρταση ($\geq 140/90$ mmHg). Αυτό σημαίνει ότι ο πρώτος φίλος του ασθενούς μας που λέει ότι δεν είναι υπερτασικός, δηλαδή έχει αρτηριακή πίεση <140/90mmHg, **ενδέχεται** να έχει τιμές εντός «φυσιολογικών ορίων» που όμως είναι μεγαλύτερες από το 130/85mmHg και ικανοποιούν κριτήριο για το μεταβολικό σύνδρομο.

Έτσι λοιπόν καταλαβαίνουμε ότι οι δυο φίλοι του αναγνώστη μας έχουν και οι δυο μεταβολικό σύνδρομο με διαφορετικές συνυπάρχουσες νοσολογικές καταστάσεις.

Έχει φανεί ότι τα πρόσωπα με μεταβολικό σύνδρομο έχουν 61% μεγαλύτερο καρδιαγγειακό κίνδυνο (κίνδυνος να πάθει κάποιος θανατηφόρο ή μη θανατηφόρο καρδιακό ή εγκεφαλικό επεισόδιο) σε σχέση με τα άτομα δίχως μεταβολικό σύνδρομο. Στη λογική αυτή είναι σημαντικό να γίνεται διάγνωση του μεταβολικού συνδρόμου, έτσι ώστε έγκαιρη αντιμετώπιση των διαφορετικών νοσηροτήτων που το απαρτίζουν να μειώσει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο.