

Μεταβολικό σύνδρομο καὶ κάπνισμα.

Ἄθηνᾶ Ἀραπογιάννη

Καρδιολόγος, Ἄν. Διευθύντρια Γ' Καρδιολογικῆς Κλινικῆς, Εὐρωκλινική Ἀθηνῶν.

Τὸ μεταβολικό σύνδρομο εἶναι ἓνα σύνολο μεταβολικῶν διαταραχῶν.

Τὸ 1998 ὁ Παγκόσμιος Ὁργανισμὸς Ὑγείας ἦταν ὁ πρῶτος πού δημοσίευσε ἓναν διεθνῶς ἀποδεκτὸ ὄρισμὸ τοῦ μεταβολικοῦ συνδρόμου, ἀλλὰ τὰ κριτήρια, πού ἔγιναν εὐρέως ἀποδεκτὰ καὶ χρησιμοποιοῦνται, εἶναι αὐτὰ πού ἔθεσε ἡ Ἀμερικανικὴ Ἐπιτροπὴ Εἰδικῶν (ATP III). Ἔτσι, λοιπόν, σύμφωνα με αὐτὰ, μεταβολικό σύνδρομο ἔχει κάποιος ἀσθενὴς ὅταν πληροῖ τουλάχιστον τρία ἀπὸ τὰ ἀκόλουθα κριτήρια:

1. Κεντρικὸ τύπου παχυσαρκία με περιμέτρο μέσης ≥ 102 ἑκατοστὰ γιὰ τοὺς ἄνδρες καὶ ≥ 88 ἑκατοστὰ γιὰ τὶς γυναῖκες.
2. Αὐξημένα τριγλυκερίδια αἵματος ≥ 150 mg/dL.
3. Χαμηλὴ HDL χοληστερίνη < 40 mg/dL γιὰ τοὺς ἄνδρες καὶ < 50 mg/dL γιὰ τὶς γυναῖκες.
4. Αὐξημένη ἀρτηριακὴ πίεση $\geq 130/\geq 85$ mmHg.
5. Αὐξημένη γλυκόζη νηστείας ≥ 100 mg/dL.

Ἡ ἐπίπτωση τοῦ μεταβολικοῦ συνδρόμου στὸν γενικὸ πληθυσμὸ κυμαίνεται ἀπὸ 6-46%, ἀνάλογα με τὴν ἡλικία καὶ τὸ φύλο. Σύμφωνα με τὴν Ἀμερικανικὴ Καρδιολογικὴ Ἐταιρεία, ὑπολογίζεται ὅτι 47 ἑκατομμύρια Ἀμερικανοὶ πληροῦν τὰ κριτήρια.

Συνήθως οἱ ἀσθενεῖς με μεταβολικό σύνδρομο δὲν ἔχουν συμπτώματα. Ὅμως δὲν εἶναι μία ἀθῶα κατάσταση, καθὼς ἡ παρουσία τοῦ μεταβολικοῦ συνδρόμου συνδέεται με αὐξημένο κίνδυνο ἀνάπτυξης σακχαρώδους διαβήτη (τὰ πρόσωπα αὐτὰ ἔχουν πενταπλάσιες πιθανότητες νὰ νοσήσουν ἀπὸ σακχαρώδη διαβήτη), αὐξημένη ἐπίπτωση καρδιαγγειακῆς νόσου καὶ ἐγκεφαλικῶν (τὰ πρόσωπα αὐτὰ ἔχουν τριπλάσιες πιθανότητες νὰ πάθουν ἔμφραγμα μυοκαρδίου ἢ ἐγκεφαλικὸ), γι' αὐτὸ καὶ εἶναι τόσο σημαντικὸ νὰ ἀναγνωρίζονται καὶ νὰ θεραπεύονται αὐτοὶ οἱ ἀσθενεῖς.

Ἡ ἀκριβὴς αἰτία δὲν εἶναι γνωστὴ. Πιστεύεται, ὅμως, ὅτι βασικὸ ρόλο παίζουν ἡ κεντρικὸ τύπου παχυσαρκία καὶ ἡ ἀντίσταση στὴν ἰνσουλίνη. Τὸ λίπος, πού συσσωρεύεται στὴν κοιλιά, εἶναι μεταβολικὰ ἐνεργὸ καὶ παράγει πληθῶρα οὐσιῶν, πού ἔχουν ἀρνητικὲς ἐπιπτώσεις στὴν ὑγεία τοῦ ἀνθρώπου. Κάθε αὐξηση τῆς περιμέτρου μέσης κατὰ 15 ἑκατοστὰ, διπλασιάζει τὸν κίνδυνο γιὰ διαβήτη τύπου 2. Ὁ ἴδιος ὁ διαβήτης με τὴ σειρά του ἔχει δυσμενὴ ἐπίπτωση σὲ ὅλα τὰ ἄγγεια τοῦ σώματος, γι' αὐτὸ καὶ ἡ μακροχρόνια παρουσία του θεωρεῖται ὅτι εἶναι ἰσοδύναμο στεφανιαίας νόσου. Ἡ καθιστικὴ ζωὴ, τὸ κάπνισμα, φλεγμονώδεις καταστάσεις, καθὼς καὶ γενετικὸ παράγοντες μποροῦν νὰ ἐπηρεάσουν τὴν ἔκβαση τοῦ συνδρόμου.

Δυστυχῶς τὰ δεδομένα αὐτὰ ἀφοροῦν καὶ τὰ παιδιὰ. 15% τῶν παιδιῶν καὶ ἐφήβων στὶς εὐρωπαϊκὲς χώρες κατατάσσονται στοὺς ὑπέρβαρους, ἐνῶ 6-7% θεωροῦνται



παχύσαρκοι, με δείκτη μάζας σώματος πάνω ἀπὸ 30 kg/m². Τὰ τελευταῖα χρόνια ὅλο καὶ περισσότεροὶ ἐφηβοὶ ἔχουν ἐκδηλώσεις μεταβολικοῦ συνδρόμου, ὅπως ἀντίσταση στὴν ἰνσουλίνη, αὐξημένες τιμὲς ἀρτηριακῆς πίεσης καὶ διαταραχὲς τῶν λιπιδίων.

Ὅσον ἀφορᾷ στὸ κάπνισμα, γνωρίζουμε ὅτι ἡ νικοτίνη εἶναι μία ἀπὸ τὶς πιὸ ἐξαρτησιογόνες οὐσίες. Δυστυχῶς, πάνω ἀπὸ ἓνα δισεκατομμύριο ἀνθρώπων εἶναι καπνιστὲς, ἀριθμὸς πού ἀποτελεῖ οὐσιαστικὰ τὸ 1/3 τοῦ ἐνήλικου πληθυσμοῦ τῆς γῆς. Τὰ ποσοστὰ δυστυχῶς δὲν μειώνονται.

Τὴ δεκαετία τοῦ 1920, Γερμανοὶ ἐπιστήμονες ἀνακάλυψαν, ὅτι τὸ κάπνισμα εἶναι βλαβερὸ γιὰ τὴν ὑγεία, ἀλλὰ ἡ παγκόσμια κοινότητα ἀναγνώρισε τὸ πρόβλημα σταδιακὰ, μόνο μετὰ τὸ 1950 καὶ τὸ κάπνισμα συνδέθηκε με τὴν ἐμφάνιση καρκίνου, ἀγγειοπάθειας καὶ πνευμονοπάθειας. Ἐχει ὑπολογιστεῖ, ὅτι περισσότεροὶ ἀπὸ 8 ἑκατομμύρια ἀνθρώποι θὰ πεθάνουν ἐξαιτίας τοῦ καπνίσματος μέχρι τὸ 2030.

Ἀπὸ πολλὲς προοπτικὲς μελέτες καὶ μετα-αναλύσεις ἔχει φανεῖ, ὅτι οἱ καπνιστὲς ἔχουν κατὰ 26% αὐξημένο κίνδυνο νὰ ἐμφανίσουν μεταβολικό σύνδρομο. Ἐχει ἀποδειχθεῖ, ὅτι τὸ κάπνισμα ἐπηρεάζει πολλὲς παραμέτρους τοῦ μεταβολικοῦ συνδρόμου καὶ ὁδηγεῖ σὲ ἐπιδείνωση τοῦ προβλήματος μέσω πολλοπλῶν μηχανισμῶν. Οἱ καπνιστὲς ἔχουν παθολογικὸ λιπιδαιμικὸ προφίλ αἵματος, με αὐξημένα επίπεδα χοληστερόλης αἵματος, τριγλυκερίδιων, LDL χοληστερόλης

καί χαμηλή τήν HDL χοληστερόλη. Οί καπνιστές ἔχουν αὐξημένα επίπεδα ἀρτηριακῆς πίεσης.

Ἡ νικοτίνη δεσμεύει τούς νικοτινικούς ὑποδοχείς ἀκετυλοχολίνης καί προκαλεῖ ἔκκριση πολλῶν νευροδιαβιβαστῶν, ὁρμονῶν καί ὁδηγεῖ σέ μειωμένη ὄρεξη, μειωμένη πρόσληψη τροφῆς καί παράλληλα αὐξάνει τῆς ἐνεργειακῆς δαπάνης τοῦ ὄργανισμοῦ, ὀδηγώντας σέ χαμηλότερο σωματικό βάρος. Ὅμως, ἐνῶ οί καπνιστές ἔχουν χαμηλότερο Δείκτη Μάζας Σώματος-BMI, ἔχουν μεγαλύτερη περιφέρεια μέσης, καθῶς ἔχουν αὐξημένη κοιλιακή παχυσαρκία. Ἡ νικοτίνη μέσφω πολλῶν μηχανισμῶν ὁδηγεῖ σέ ἰνσουλινοαντοχή, μία ἀποδεδειγμένα προδιαβητική κατάσταση.

Τί γίνεται ὅμως ὅταν κόψουμε τὸ κάπνισμα; Ἡ διακοπὴ τοῦ κάπνισματος ὁδηγεῖ σέ μέση αὐξηση βάρους κατὰ 4,1 Kg στὴν 5ετία καί συνεχίζεται γιὰ τὰ ἐπόμενα 10 χρόνια. Διακόποντας τὸ κάπνισμα οἱ ἄνθρωποι προσλαμβάνουν συνήθως 227 θερμίδες περισσότερες ἀπὸ πρὶν. Δυστυχῶς, ἕνα 13% αὐξάνει τὸ βάρος περισσότερο ἀπὸ 10 Kg. Ἐντονότερο εἶναι τὸ φαινόμενο στοὺς ἀδύνατους καπνιστές καί στῆς νεότερες γυναῖκες, βαριές καπνίστριες, καθῶς καί σέ αὐτοὺς πού ἔχουν μεγάλη ἐξάρτηση ἀπὸ τὸ κάπνισμα. Οἱ λόγοι πού συμβαίνει αὐτὸ δὲν εἶναι ἀπολύτως ξεκάθαροι. Πιστεύεται ὅτι ἡ αὐξηση τῆς ὄρεξης καί τῆς πρόσληψης τροφῆς, ἡ πτώση τοῦ βασικοῦ μεταβολισμοῦ, καθῶς καί ἡ ἀλλαγὴ στῆς διατροφικῆς συνήθειες ὁδηγοῦν στὴν αὐξηση τοῦ βάρους, πού μὲ τὴ σειρά της μπορεῖ νὰ χειροτερέψει τὴν ἰνσουλινοαντοχή.

Γιὰ ἀρκετοὺς ἀνθρώπους, κυρίως γυναῖκες, αὐτὸς ὁ φόβος τῆς πρόσληψης βάρους μὲ τὴν διακοπὴ τοῦ κάπνισματος εἶναι πού δρᾷ ἀποτρεπτικά. Γιὰ νὰ ἀποφύγουμε αὐτὲς τῆς ἀρνητικῆς ἐπιπτώσεις στὸ σωματικὸ βάρος, εἶναι ἀναγκαῖα προγράμματα πού θὰ στηρίζουν καί θὰ ἐκπαι-

δεύουν τούς καπνιστές. Εἶναι πολὺ σημαντικὴ ἡ ἀλλαγὴ στῆς διατροφικῆς συνήθειες μὲ σκοπὸ νὰ ἀκολουθεῖται μία ἰσορροπημένη διατροφή, μὲ καθημερινὸ θερμιδικὸ ἔλλειμα. Ἡ διατροφή πρέπει νὰ ἔχει περιορισμὸ στὸ ποσοστὸ κορεσμένων λιπαρῶν καί αὐξηση κατανάλωσης ω-3 λιπαρῶν, μείωση ἐπεξεργασμένων ὑδατανθράκων μὲ ἀντικατάσταση ἀπὸ ὑδατάνθρακες ἀργῆς ἀποδέσμευσης. Εἶναι καλὸ νὰ εἶναι πλούσια σέ φυτικῆς ἴνες, ἐπιλέγοντας ἀγαπημένα φρούτα καί λαχανικά. Ἐπίσης εἶναι σημαντικὴ ἡ ἀποφυγὴ τῶν μεγάλων ποσοτήτων τοῦ ἀλκοόλ. Ὅλα αὐτὰ οὐσιαστικὰ συνθέτουν καί συνηγοροῦν ὑπὲρ τῆς μεσογειακῆς διατροφῆς. Ὁ ρυθμὸς τῶν γευμάτων πρέπει νὰ εἶναι τακτικὸς, τῆς ἴδιας περίπου ὥρες καθημερινά, μὲ λογικῆς ἀποστάσεις ἀνάμεσα στὰ γεύματα.

Παράλληλα, ἐξίσου ζωτικῆς σημασίας εἶναι καί ἡ ἐνσωμάτωση τῆς ἀσκησης στὴν καθημερινὴ ρουτίνα. Στόχος εἶναι ἡ μείωση τοῦ σωματικοῦ λίπους. Προτείνεται ὁ συνδυασμὸς ἀερόβιας ἀσκησης καί μυϊκῆς ἐνδυνάμωσης. Ἡ συστηματικὴ ἀσκηση βοηθεῖ στὴν ἀπώλεια βάρους, συμβάλλει στὸ νὰ παραμείνει χαμηλὰ ἡ ἀρτηριακὴ πίεση, αὐξάνει τὰ επίπεδα καλῆς (HDL) χοληστερόλης, μειώνει τὰ τριγλυκερίδια καί συμβάλλει στὴν καλὴ ρύθμιση τοῦ σακχάρου. Ἡ μυϊκὴ ἐνδυνάμωση μὲ τὴ σειρά της θὰ αὐξήσει τὸν μεταβολικὸ ρυθμὸ, συμβάλλοντας στὴν διατήρηση χαμηλοῦ βάρους, καθῶς καί θὰ βελτιώσει τὴν εὐαισθησία στὴ δράση τῆς ἰνσουλίνης στοὺς μῦς, μειώνοντας τὴν ἀντίσταση στὴν ἰνσουλίνη. Ἀσκηση πέντε φορές τὴν ἐβδομάδα θεωρεῖται ἰδανικὴ. Ἀκόμη ὅμως καί μία ἀλλαγὴ στῆς καθημερινῆς συνήθειες, ὅπως τὸ νὰ ἀνεβαίνει κανεὶς μὲ τῆς σκάλες ἀντὶ νὰ παίρνει ἀσανσέρ ἢ νὰ ἐπιλέγει νὰ πηγαίνει μὲ τὰ πόδια ἀντὶ νὰ χρησιμοποιοῦσε τὸ αὐτοκίνητο, ἔχει τὴν ἀξία του καί συμβάλλει στὴν αὐξηση τῆς σωματικῆς δραστηριότητας. ●