

ΣΤΟΥΣ ΡΥΘΜΟΥΣ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ
ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ
HELLENIC HEART FOUNDATION



ΚΩΔΙΚΟΣ: 01-2510

ΠΛΗΡΩΜΕΝΟ
ΤΕΛΟΣ
Ταχ. Γραφείο
ΚΕΜΠ, ΚΡ.
Αριθμός Αδείας
821



ΕΛ.Ι.ΚΑΡ. Λεωφ. Βασ. Σοφίας 133, 115 21 Αθήνα
ΕΝΤΥΠΟ ΚΛΕΙΣΤΟ



Τιμή πώλησης 0,01€

Η υπέρταση «γένους θηλυκού»: επισημάνσεις.

Κωνσταντίνος Γ. Θωμόπουλος

Επιμελητής Α', Καρδιολογικό Τμήμα Γ.Ν.Μ.Α. "Ελενα Βενιζέλου", Clinical Hypertension Specialist of the European and American Society of Hypertension (ESH & ASH)

Η υπέρταση είναι νόσος που συσχετίζεται με αύξηση των καρδιαγγειακών επεισοδίων, κυρίως των εγκεφαλικών. Ο έλεγχος της υπέρτασης με φάρμακα, υγιεινό τρόπο ζωής (μείωση σωματικού βάρους, όχι υπερβολές στο αλάτι, άσκηση) μειώνει τον κίνδυνο των παραπάνω επεισοδίων. Η υπέρταση εμφανίζεται και διαγιγνώσκεται τόσο σε άνδρες όσο και σε γυναίκες, από μικρότερες ηλικίες μέχρι τα 45 έτη, στη μέση ηλικία (45-65 έτη), αλλά και σε ηλικιωμένους άνω των 65 ετών. Αναντίρρητα, η διάγνωση της υπέρτασης γίνεται με τη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και έτσι κάποιος, που δεν έχει μετρήσει ποτέ την πίεσή του, δεν μπορεί να γνωρίζει εάν είναι υπέρτασικός ή όχι. Αν κάποιος λοιπόν με υπέρταση δεν το γνωρίζει, τότε είναι εκτεθειμένος σε αυξημένο κίνδυνο να πάθει εγκεφαλικό ή άλλο καρδιαγγειακό επεισόδιο.

Στην υπέρταση ισχύει ο κανόνας του 50%. Τί λέει αυτός ο κανόνας εφαρμοζόμενος στον ελληνικό πληθυσμό; Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι υπάρχουν 1,5 εκατομμύριο υπέρταστοί, εκ των οποίων οι μισοί (50%) δεν ξέρουν ότι έχουν υπέρταση και από τους άλλους μισούς (50%) που το ξέρουν οι μισοί



εξ' αυτών (50%) αμελούν να ζητήσουν ιατρική βοήθεια ή, όταν την ζητήσουν, απλά δεν την εφαρμόζουν. Άρα, στην εξίσωση μένουν περίπου 350.000 Έλληνες υπερτασικοί, που έχουν ζητήσει ιατρική βοήθεια και λαμβάνουν (τουλάχιστον αρχικά) φαρμακευτική αγωγή. Από αυτούς τους τελευταίους μόνο το 50% (με πολύ αισιόδοξη προσέγγιση), δηλαδή περίπου 150.000, καταφέρνει να ρυθμίσει αποτελεσματικά την αρτηριακή του πίεση στα επιθυμητά επίπεδα.

Μέχρι τα 45-50 έτη, η υπέρταση είναι πιο συχνή στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες, αλλά μετά την ηλικία αυτή οι γυναίκες εξισορροπούν τη διαφορά αυτή και έχουν τα ίδια ποσοστά υπέρτασης με τους άνδρες. Σε μεγαλύτερες ηλικίες (πάνω από 70 έτη), οι γυναίκες είναι πιο συχνά υπερτασικές σε σχέση με τους άνδρες. Η όψιμη αύξηση της υπέρτασης στις γυναίκες, μετά τα 50 έτη, οφείλεται στις μετα-εμμηνόπαυσιακές προσαρμογές του καρδιαγγειακού γυναικείου συστήματος. Η ένδεια οιστρογόνων μετά την εμμηνόπαυση, πέραν πολλών άλλων δυσμενών επιδράσεων στο γυναικείο οργανισμό, συμβάλλει στην υπερενεργοποίηση του νευρικού συστήματος, που με τη σειρά της επιταχύνει την καρδιαγγειακή γήρανση. Η καρδιαγγειακή γήρανση στις γυναίκες μεταφράζεται σε ανάπτυξη υπέρτασης, αρρυθμιών (π.χ. κολπική μαρμαρυγή) και καρδιακής ανεπάρκειας. Αντίθετα, στους άνδρες η καρδιαγγειακή γήρανση έχει λιγότερο απότομη κλίση επιδείνωσης σε σχέση με τις γυναίκες, μετά την ηλικία των 50 ετών.

Υπάρχει εδραιωμένη η έωλη αντίληψη, ότι η εμφάνιση της υπέρτασης δεν συνοδεύεται από συμπτώματα και έτσι η υπέρταση έχει χαρακτηριστεί στον ημερήσιο (μη αμιγώς ιατρικό) τύπο ως ο «σιωπηρός δολοφόνος». Υπάρχουν, όμως, πολλές περιπτώσεις, που η υπέρταση έχει συμπτώματα, προειδοποιώντας για την ύπαρξή της και άρα δεν είναι τόσο «σιωπηρή». Ας δούμε παρακάτω ορισμένα συμπτώματα και κλινικές καταστάσεις, που μπορεί να συνοδεύονται με υπέρταση στις γυναίκες.

Οι γυναίκες με υπέρταση έχουν πιο συχνά συμπτώματα σε σχέση με τους άνδρες. Η διαλείπουσα ή μόνιμη κεφαλαλγία, κυρίως σε μεγαλύτερες ηλικίες, συνδυάζεται με υπέρταση και παρατηρείται πιο συχνά στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες. Σε μικρές ηλικίες, το 15% των εφήβων και νέων ενηλίκων γυναικών πάσχει από προεμμηνορροϊκή ημικρανία, που μπορεί να επεκτείνεται σε ολόκληρο το δεύτερο ήμισυ του κύκλου, ενώ σε αντίστοιχη ηλικία μόνο το 3-5% των εφήβων

και νέων ανδρών πάσχει από ημικρανίες. Υπάρχουν, επίσης, παρατηρήσεις, ότι τα νέα κορίτσια με ημικρανίες παρουσιάζουν υπέρταση σε μικρότερη ηλικία σε σχέση με τα κορίτσια που δεν έχουν ημικρανίες. Επιπρόσθετα, οι γυναίκες που εμφανίζουν προεκλαμψία (μια σοβαρή μορφή υπέρτασης στην κύηση) έχουν πολλές πιθανότητες να παραμείνουν υπερτασικές μετά την κύηση ή τουλάχιστον να εμφανίσουν υπέρταση πριν την ηλικία των 40 ετών.

Εκτός από τα παραπάνω, που αποτελούν σημαντικά συμπτώματα ή κλινικές καταστάσεις στη ζωή των γυναικών και συνοδεύονται με πρόωμη μελλοντική ανάπτυξη υπέρτασης, υπάρχουν επιπρόσθετα συμπτώματα, που συχνά αναφέρουν νέες γυναίκες με αδιάγνωστη υπέρταση. Ένα από αυτά είναι το θωρακικό άλγος, με χαρακτηριστές συνεχούς βάρους στο στήθος. Μάλιστα, πολλές από αυτές τις γυναίκες αναφέρουν ότι «περιμένω πως και πως να γυρίσω στο σπίτι να βγάλω το στηθόδεσμο γιατί με ανακουφίζει από αυτό το βάρος». Το βάρος αυτό σε ορισμένες γυναίκες λαμβάνει χαρακτηριστικά που ομοιάζουν με στηθάγχη, με άλλοτε διαφορετική αντανάκλαση σε ώμους, στο αριστερό άνω άκρο και στην κάτω σιαγόνα. Πολλές φορές ο πόνος στο στήθος εκλύεται υπό καταστάσεις συναισθηματικού ή εργασιακού stress. Μια γυναίκα με αδιάγνωστη υπέρταση μπορεί να αναφέρει χρόνια κόπωση και κακή ποιότητα ύπνου. Επίσης, υπάρχουν γυναίκες, σε πολύ μικρότερη ηλικία από αυτήν της εμμηνόπαυσης, με υψηλά επίπεδα αρτηριακής πίεσης, που αναφέρουν περιοδική ερυθρότητα στο πρόσωπο (hot flushes) και υπέρμετρη εφίδρωση που δεν περιορίζεται στην ημέρα, αλλά επεκτείνεται και κατά τις ώρες νυκτερινής κατάκλισης. Το αίσθημα παλμών και οι ταχυκαρδίες πολύ συχνά αναφέρονται σε γυναίκες με υπέρταση, που έρχονται να εξεταστούν για τα συμπτώματα αυτά και στη συγκυρία αυτή διαπιστώνεται υψηλή αρτηριακή πίεση. Τέλος, οι γυναίκες με υπέρταση συχνά αναφέρουν διαλείπουσα κατακράτηση υγρών στους αστραγάλους, στα χέρια και κάτω από τα μάτια.

Σαφέστατα, όλα από τα παραπάνω συμπτώματα δεν εκδηλώνονται σταθερά σε όλες τις γυναίκες με υπέρταση. Αυτό σημαίνει, ότι ορισμένες γυναίκες με υπέρταση αναφέρουν κάποιο ή κάποια από τα συμπτώματα, ενώ κάποιες άλλες δεν έχουν κανένα σύμπτωμα από τα παραπάνω. Αν

συνέχεια στη σελ. 52

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: Π. Τούτουζας

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: Δ. Τούσουλης

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΥΛΗΣ: Γ. Γκουμάς

ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ ΥΛΗΣ: Β. Σπανός

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟΥ: Alfa Grafico A.E.

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

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ: Γ. Ανδρικόπουλος, Γ. Γκουμάς,

Ι. Γουδέβενος, Κ. Θωμόπουλος, Γ. Κολοβού, Ι. Μπαρμπετσάς,

Ε. Παπαστεριάδης, Δ. Ρίχτερ, Β. Σπανός,

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ: Γ. Καλλιούπη, Μ. Πομόνη

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

Τελικά, πόσο αλάτι είναι αρκετό...;

Δρ. Ντορίνα (Θεοδώρα-Ειρήνη) Σιαλβέρα

Κλινική Διαιτολόγος Διατροφολόγος

Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κ. Κηφισιάς "Οι Άγιοι Ανάργυροι"

Πρόεδρος Πανελληνίου Συλλόγου Διαιτολόγων – Διατροφολόγων (ΠΣΔΔ)

Μεταδιδακτορική Ερευνήτρια, Τμήμα Επιστήμης Τροφίμων και Διατροφής του Ανθρώπου,

Γεωπονικό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Το αλάτι είναι η ουσία που νοστιμίζει την καθημερινότητά μας! «Αλάτι» είναι το κάθε τι που μας προκαλεί ευχαρίστηση!

Στην Αρχαία Ελλάδα το αλάτι (αλς) συμβόλιζε τη φιλία και την αλληλεγγύη. Ήταν, μάλιστα, τέτοια η αξία του αλατιού, που χρησιμοποιούνταν ως μέσον συναλλαγής. Στην αρχαία Ρώμη το αλάτι λειτουργούσε ως νόμισμα και πιθανά είχε πραγματοποιηθεί αναγραμματισμός της λέξης αλς σε sal (λατινικά, salarium, σημαίνει πληρωμή με αλάτι, ενώ στην αγγλική γλώσσα σημαίνει μισθός).

Από τότε, βέβαια, άλλαξαν πολλά, καθώς, λόγω αφθονίας, το αλάτι έχασε την τόσο σημαντική οικονομική του αξία. Επιπλέον, η ψύξη και η κατάψυξη έχουν μειώσει την ανάγκη χρήσης του αλατιού, όσον αφορά στη συντήρηση των τροφίμων. Ωστόσο, παραμένει ένα φυσικό προϊόν, που το χρησιμοποιούμε καθημερινά στο φαγητό τόσο ως ενισχυτικό γεύσης όσο και ως συντηρητικό.

Το αλάτι αποτελείται κυρίως από χλωριούχο νάτριο. Συγκεκριμένα, το μαγειρικό αλάτι είναι μια χημική ένωση που αποτελείται κατά 40% από νάτριο (Na) και κατά 60% από χλώριο (Cl). Οπότε, το 1 γραμ. αλατιού ισοδυναμεί με 0,4 γρ. νατρίου!

Αποτελεί ένα κρυσταλλικό στερεό, λευκού, απαλού ροζ ή ανοιχτού γκρι χρώματος και προέρχεται από το θαλασσινό νερό ή από καταθέσεις σε βράχους. Το αλάτι Ιμαλαίων, για παράδειγμα, όπως και τα υπόλοιπα ορυκτά άλατα, περιέχει κυρίως χλωριούχο νάτριο, όπως άλλωστε το κοινό αλάτι.

Το αλάτι, λοιπόν, είναι απαραίτητο για όλα τα έμβια όντα, αλλά δεν πρέπει να καταναλώνεται απερίσκεπτα.

Το Νάτριο/αλάτι είναι σημαντικό για τη ζωή, καθώς:

- Ρυθμίζει τον όγκο του αίματος, άρα και την αρτηριακή πίεση,
- Βοηθά στη μετάδοση των νευρικών σημάτων στον εγκέφαλο,
- Συμβάλλει στη λειτουργία των μυών (συστολή και τη χαλάρωση),
- Συμμετέχει στη «ρυθμική» λειτουργία της καρδιάς και
- Είναι απαραίτητο για την ισορροπία των ηλεκτρολυτών.

Η σύγχρονη ημερήσια κατανάλωση αλατιού από τους ανθρώπους κυμαίνεται στα 10-12 γραμ., σε αντίθεση με τη συνιστώμενη ημερήσια κατανάλωση των 5-6 γραμ. (ή/



και χαμηλότερα, ανάλογα με τις οδηγίες κάθε χώρας). Η ποσότητα 5 γραμ. ισοδυναμεί με ένα κουταλάκι του γλυκού. Όμως, παιδιά μικρότερα των 11 ετών θα πρέπει να προσλαμβάνουν ακόμη μικρότερη ποσότητα, στην καθημερινή διατροφή τους.

Η υπερβολική κατανάλωση αλατιού έχει αντίκτυπο στην υγεία μας, με κύρια συνέπεια τα αυξημένα επίπεδα αρτηριακής πίεσης. Η υπέρταση, με τη σειρά της, είναι υπεύθυνη για καρδιακές παθήσεις και εγκεφαλικά επεισόδια. Αν και οι επιδράσεις του αλατιού διαφέρουν από άνθρωπο σε άνθρωπο, καθώς μπορεί κάποιος να είναι περισσότερο ανθεκτικός ή ευαίσθητος στο νάτριο, κατά γενικό κανόνα, οι επιδράσεις του στην υγεία μπορεί να είναι σοβαρές. Υπάρχουν, επιπλέον, ενδείξεις σύμφωνα με τις οποίες η υπερβολική πρόσληψη αλατιού συσχετίζεται και με άλλες

σοβαρές παθολογικές καταστάσεις, όπως τα νεοπλάσματα του στομάχου, σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες, όπως π.χ. λοίμωξη με το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού.

Οι κύριες πηγές νατρίου/αλατιού στη διατροφή μας συμπεριλαμβάνουν τα εξής:

Μαγειρικό Αλάτι

- Τρόφιμα των οποίων το νάτριο είναι φυσικό συστατικό (π.χ. προϊόντα ζωικής προέλευσης, π.χ. τυρί, κρέας). Το βρίσκουμε, ωστόσο, σε όλα τα τρόφιμα, π.χ. σε φρούτα, λαχανικά, όσπρια, δημητριακά.
- Επεξεργασμένα τρόφιμα με επιπρόσθετο αλάτι (μαγιονέζα, κέτσαπ, έτοιμες σούπες, μπισκότα, αλμυρά σνακ, αλλαντικά, κονσέρβες, έτοιμα γεύματα, π.χ. πίτσες, μπέργκερς).
- Συστατικό σε πολλά πρόσθετα όπως συντηρητικά και ενισχυτικά γεύσης.
- Φάρμακα/συμπληρώματα.

Οι μελέτες δείχνουν, ότι μόλις το 25% της συνολικής πρόσληψης προέρχεται από το αλάτι που προσθέτουμε στο μαγείρεμα ή στα φαγητά/ σαλάτες. Το υπόλοιπο 75% είναι

κρυμμένο στις τροφές, ακόμη και στις «υγιεινές» κάποιες φορές. Δεν αρκεί, λοιπόν, να μειώνουμε την προσθήκη του μαγειρικού αλατιού, αλλά θα πρέπει να προσέχουμε τις τροφές που επιλέγουμε, ιδιαίτερα τις συσκευασμένες, δίνοντας ιδιαίτερη βαρύτητα στην ανάγνωση της διατροφικής ετικέτας.

5 απλά βήματα για να μειώσουμε το αλάτι στη διατροφή μας

- Κοιτάζουμε τις ετικέτες τροφίμων και επιλέγουμε τρόφιμα με λιγότερο αλάτι (εάν ένα τρόφιμο στα 100 γρ. περιέχει 0,3 γραμ. αλατιού ή λιγότερο, τότε θεωρείται χαμηλό σε αλάτι).
- Επιλέγουμε ψωμί από το φούρνο της γειτονιάς με λιγότερο αλάτι.
- Ξαλμυρίζουμε τις ελιές και το τυρί φέτα πριν την κατανάλωσή τους.
- Στα εστιατόρια ζητούμε να μην προσθέτουν αλάτι στη σαλάτα μας ή και στη μερίδα μας.
- Αντικαθιστούμε το αλάτι σταδιακά με μυρωδικά και μπαχαρικά στο μαγείρεμα (π.χ. άνηθο, ρίγανη, βασιλικό).
- Δεν προσθέτουμε αλάτι στο πιάτο μας. 🍷

🔴 συνέχεια από τη σελ. 50

και πολλά από τα συμπτώματα αυτά ομοιάζουν με τα συμπτώματα της περι-εμμηνοπαυσιακής περιόδου, οι γυναίκες που τα αναφέρουν είναι μικρότερες από την ηλικία της εμμηνοπαύσης. Τέλος, τα αναφερόμενα συμπτώματα τις περισσότερες φορές εξαφανίζονται, όταν η αρτηριακή πίεση ρυθμιστεί αποτελεσματικά με φαρμακευτική αγωγή. Αυτό σημαίνει ότι, όταν μειωθεί η αρτηριακή πίεση, η αδυναμία εξαφανίζεται, η ποιότητα του ύπνου γίνεται καλύτερη, η «κατακράτηση υγρών» υποστρέφει και ο θωρακικός πόνος γίνεται λιγότερο συχνός.

Όταν κάποια γυναίκα έχει νεοεμφανιζόμενα συμπτώματα, όπως αυτά που περιεγράφηκαν παραπάνω, η σύσταση είναι να μετρήσει την αρτηριακή της πίεση. Αν αυτή, σε 2-3 περιστάσεις, είναι υψηλή (>140/90 mmHg), τότε θα πρέπει να απευθυνθεί στον ιατρό της. Οι ιατροί που ασχολούνται με την υπέρταση συνήθως είναι Καρδιολόγοι, Παθολόγοι, Νεφρολόγοι και Ενδοκρινολόγοι. Όμως και γενικοί ιατροί έχουν πολλές φορές τα κλινικά εφόδια για να αντιμετωπίσουν γυναίκες με πρωτοεμφανιζόμενη υπέρταση. Σημαντικό είναι να αναφέρουμε, ότι η αντιμετώπιση της υπέρτασης σε νέες γυναίκες έχει διαφορετική αντιμετώπιση από τις γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας και από τους άνδρες. Σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας τα φάρμακα που δίνονται είναι συγκεκριμένα και οι επιλογές περιορισμένες. Αυτό οφείλεται στο ότι οι γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας είναι υποψήφιες για εγκυμοσύνη και πολλές κατηγορίες αντιυπερτασικών φαρμάκων αντενδείκνυται στην εγκυμοσύνη.

Οι γυναίκες που δεν επιθυμούν εγκυμοσύνη ή σε κάποιες περιπτώσεις έχουν ιατρική αντένδειξη για εγκυμοσύνη, πολλές

φορές λαμβάνουν αντισυλληπτικά δισκία ως μέθοδο αντισύλληψης. Πολλά από τα δισκία αυτά μπορούν να αυξήσουν την αρτηριακή πίεση, όμως η διακοπή τους επαναφέρει την αρτηριακή πίεση σε μη υπερτασικά επίπεδα. Παράγοντες που συμβάλλουν στην αύξηση της αρτηριακής πίεσης με αντισυλληπτικά δισκία είναι η χρήση τους σε μεγαλύτερες ηλικίες (π.χ. πάνω από 35 έτη), το κάπνισμα (που απαγορεύεται), η μεγαλύτερη διάρκεια λήψης δισκίων (επί σειρά πολλών ετών) και η παχυσαρκία. Τα τελευταία χρόνια χορηγούνται τα λεγόμενης τρίτης γενιάς δισκία αντισύλληψης, που σπάνια συνοδεύονται από αύξηση της αρτηριακής πίεσης.

Αν και οι νέες γυναίκες προστατεύονται από τα οιστρογόνα, έτσι ώστε να μην αναπτύσσουν υπέρταση πριν την εμμηνοπαύση, εν τούτοις ο μη υγιεινός τρόπος ζωής (αύξηση σωματικού βάρους, απουσία συστηματικής άσκησης, διατροφή με υπερβολικό αλάτι) και το υπερμέτρο stress της εποχής μας αποτελούν τις αντίρροπες δυνάμεις ως προς τα οιστρογόνα. Το αποτέλεσμα είναι ότι κάποιες γυναίκες, σε προ-εμμηνοπαυσιακή περίοδο, εκδηλώνουν υπέρταση. Πολλές από αυτές δεν το γνωρίζουν, αλλά σε κάποιες εκδηλώνονται συμπτώματα που συνδυάζονται με υπέρταση. Η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης συνιστάται σε όλες τις γυναίκες ανεξάρτητα από την ηλικία τους, ανά τακτά χρονικά διαστήματα (1-2 φορές το χρόνο), εφόσον δεν είναι υπερτασικές και δεν έχουν συμπτώματα.

Αν κάποια γυναίκα έχει κάποιο από τα συμπτώματα που συζητήθηκαν παραπάνω, καλό είναι να επισπεύσει τη μέτρηση της αρτηριακής της πίεσης και, εάν είναι αυξημένη, να απευθυνθεί σε κάποιον ειδικό ιατρό. 🍷

Παχυσαρκία

Γεώργιος Τρανταλής

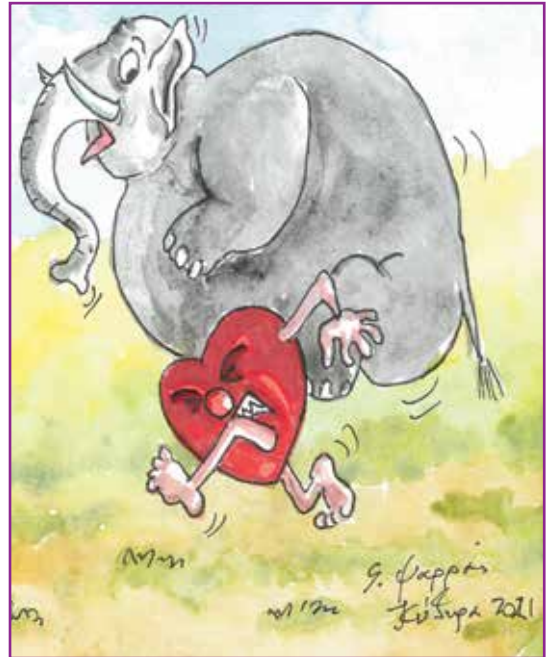
Επιμελητής Καρδιολογίας Κέντρο Υγείας Καπανδριτίου
Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, "Ιπποκράτειο" Γ.Ν.Α.

Ζούμε σε μία εποχή και κοινωνία (στις ανεπτυγμένες χώρες), η οποία έχει λύσει όλα τα προβλήματα αναζήτησης και εύρεσης τροφής. Δυστυχώς, αυτή η έλλειψη «βασικών» αναζητήσεων του σύγχρονου ανθρώπου έχει δημιουργήσει καινούργια προβλήματα, το σημαντικότερο, ίσως, όλων είναι η παχυσαρκία και τα προβλήματα τα οποία αυτή δημιουργεί. Χαρακτηριστικά, μπορεί να ειπωθεί, πως η υπέρβαση του σωματικού βάρους είναι ένας από τους πιο «ευκρινείς» παράγοντες επικινδυνότητας, ο οποίος διαδραματίζει σημαντικό ρόλο σε διάφορες παθήσεις, ανά τον κόσμο. Το λιγότερο 1,1 δισεκατομύρια ενηλίκων και το 10% των παιδιών είναι πλέον υπέρβαροι ή παχύσαρκοι και το γεγονός αυτό οδηγεί σε μειωμένη προβλεπόμενη διάρκεια ζωής, λόγω καρδιαγγειακών νοσημάτων, διαβήτη τύπου 2 ή ορισμένες μορφές, καρκίνου.

Τί οδηγεί, όμως, στην ανάπτυξη της παχυσαρκίας και του γεγονότος ότι αυτή πλέον έχει αποκτήσει διαστάσεις επιδημίας; Οι βασικοί παράγοντες, οι οποίοι οδηγούν στην παχυσαρκία, είναι απλοί: υπερφαγία (δηλαδή η πρόσληψη μεγαλύτερης ποσότητας τροφής, μετρούμενη σε θερμίδες, από την απαιτούμενη, για να ανταπεξέλθει ο οργανισμός στις καθημερινές του ανάγκες). Με απλούστερα λόγια, θα μπορούσε να λεχθεί, ότι η παχυσαρκία είναι απλά μαθηματικά πρόσθεσης και αφαίρεσης: όσο μεγαλύτερη πρόσληψη και μικρότερη κατανάλωση τόσο μεγαλύτερη εναπόθεση λίπους. Και βέβαια τα πράγματα χειροτερεύουν από τη λήψη φαγητών πλούσιων σε λιπαρά και υδατάνθρακες, τη σταδιακή μείωση της φυσικής δραστηριότητας, ιδιαίτερα στις μεγάλες πόλεις και τη χρήση διαφόρων φαρμάκων όπως αντιψυχωτικά, αντικαταθλιπτικά, κορτικοστεροειδή, αντισυλληπτικά, β-ανταγωνιστές, υπογλυκαιμικά, ινσουλίνη, αντιπηλπηκτικά και αντιϊσταμινικά (ιδιαίτερα παλαιότερης γενιάς).

Τί προκαλεί, όμως, η παχυσαρκία στην υγεία μας;

- 1. Μειωμένη διάρκεια ζωής:** Έχει φανεί, σε επιδημιολογικές μελέτες, ότι μειώνεται η διάρκεια ζωής των ανθρώπων, όταν είναι παχύσαρκοι και, ιδιαίτερα, όταν ήταν ήδη παχύσαρκοι από την παιδική τους ηλικία.
- 2. Ανάπτυξη αρτηριακής υπέρτασης:** Είναι έως και πέντε φορές μεγαλύτερη στους παχύσαρκους. Έχει αναγνωρισθεί, ότι μεγαλύτερη αξία έχουν οι αλλαγές στην ακολουθούμενη δίαιτα, απ' ότι η ίδια η απώλεια σωματικού βάρους, στο να μειώνεται η αρτηριακή πίεση και ιδιαίτερα σε ανθρώπους οι οποίοι πάσχουν ήδη από υπέρταση. Η πρόκληση υπέρτασης δικαιολογείται από την αυξημένη έκκριση, από τα λιπώδη κύτταρα, του



αγγειοτασινογόνου (το οποίο εξελίσσεται στην αγγειοτασίνη, η οποία έχει γνωστές ιδιότητες στην αύξηση της αρτηριακής πίεσης), από τον αυξημένο όγκο αίματος λόγω αύξησης του σωματικού βάρους και ως αποτέλεσμα αύξησης της γλοιότητας του αίματος.

- 3. Στεφανιαία νόσος και εγκεφαλικό:** Έχει παρατηρηθεί, ότι όσο αυξάνεται ο δείκτης μάζας σώματος (BMI), πάνω από το 21 Kg/m², τόσο αυξάνεται η δυσλιπιδαιμία και ιδιαίτερα η λεγόμενη «κακή» χοληστερίνη LDL. Αυτή η αλλαγή αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης στεφανιαίας νόσου κατά 3,6 φορές. Έκπληξη αποτέλεσε η διαπίστωση, ότι το BMI συνδέεται άμεσα με ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο και όχι τόσο με το αιμορραγικό.
- 4. Διαβήτης:** Περίπου το 90% των ασθενών, οι οποίοι αναπτύσσουν διαβήτη τύπου 2, έχουν ένα BMI μεγαλύτερο του 23 Kg/m². Η εμφάνιση του διαβήτη είναι άμεσα συνδεδεμένη με την πρόωρη αύξηση σωματικού βάρους, ιδιαίτερα στην παιδική ηλικία, σε άτομα τα οποία έχουν περιστατικά διαβήτη στην οικογένεια τους, καθώς επίσης και σε παιδιά τα οποία έχουν συγγέντρωση λίπους στην περιοχή της κοιλιάς και των οποίων οι μητέρες είχαν παρουσιάσει διαβήτη κατά την περίοδο της κύησης.

- 5. Αναπνευστικά προβλήματα:** Σε άτομα με ήδη προϋπάρχοντα αναπνευστικά προβλήματα, με την αύξηση του σωματικού τους βάρους, το πρόβλημα επιδεινώνεται. Η φυσική δράση του θωρακικού και κοιλιακού λίπους περιορίζει την ικανότητα αναπνοής. Επίσης, η μηχανική δράση της συγκέντρωσης λίπους στην περιοχή του λαιμού περιορίζει την αναπνοή, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια του ύπνου, με περιόδους άπνοιας. Με διάμετρο λαιμού 43 εκ. και άνω στους άνδρες, και 40,5 εκ. στις γυναίκες, εμφανίζονται μέχρι 30 περίοδοι άπνοιας στον ύπνο. Η άπνοια στον ύπνο μπορεί να προκαλέσει ανάπτυξη πνευμονικής υπέρτασης, δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια, αρτηριακή υπέρταση μη καλώς ανταποκρινόμενη στη φαρμακευτική αγωγή, εγκεφαλικά επεισόδια και αρρυθμίες. Επίσης, μπορεί να εμφανισθούν τάσεις υπνηλίας το πρωί, με ό,τι πιθανά ατυχήματα μπορεί αυτό να σημαίνει.
- 6. Καρκίνι και ανωμαλίες αναπαραγωγής:** Σχεδόν το 10% των καρκίνων, που εμφανίζονται σε άτομα μη καπνιστές, συνδέονται με την παχυσαρκία. Οι καρκίνοι, που έχουν άμεση σχέση με την παχυσαρκία, είναι: του μαστού, του παχέος εντέρου, του ενδομητρίου, του νεφρού και του οισοφάγου. Η συγκέντρωση λίπους διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ομοιοστάση των φυλετικών ορμονών και στη δράση αυτών στην εγκυμοσύνη. Περίπου, επίσης, το 6% της πρωτογενούς ανικανότητας οφείλεται στην παχυσαρκία. Στην εγκυμοσύνη έχει βρεθεί, ότι η παχυσαρκία αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης προεκλαμψίας, διαβήτη και μεγαλύτερα ποσοστά καισαρικών τομών.
- 7. Αρθρίτιδα:** Η παχυσαρκία οδηγεί σε πόνο αρθρώσεων και αρθρίτιδα των γονάτων και των αρθρώσεων των ισχίων.
- 8. Δημιουργία μη αλκοολικής στεατοηπατίτιδας:** Αρχή λιπώδους διήθησης του ήπατος, εξελίξιμη σε κίρρωση, πυλαία υπέρταση και ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα.
- 9. Ψυχολογικά προβλήματα συνδεδεμένα με την παχυσαρκία:** Ιδιαίτερα στο γυναικείο φύλο εμφανίζεται αίσθημα μη αποδεκτής κοινωνικά παρουσίας, άγχος και κατάθλιψη. Αντίθετως, στους υπέρβαρους άνδρες

είναι μειωμένη η πιθανότητα, κατά 37%, να εμφανίσουν κατάθλιψη απ' ότι οι φυσιολογικού σωματικού βάρους. **Ποιά θα μπορούσαν, όμως, να είναι τα πρώτα μέτρα αντιμετώπισης αυτού του αυξανόμενου προβλήματος;**

Ένα πρώτο μέτρο θα μπορούσε να είναι η επιτυχής παρότρυνση του πληθυσμού να κάνει μικρότερη πρόσληψη τροφής, να καταναλώνει περισσότερο υγιεινά τρόφιμα και να μην κάνει υπέρμετρη χρήση του έτοιμου και γρήγορου φαγητού και, βεβαίως, να αθλείται περισσότερο.

Δυστυχώς, όλα τα παραπάνω είναι δύσκολο να επιτευχθούν στη σημερινή κοινωνία, στην οποία η παχυσαρκία έχει γίνει πλέον καθεστώς και αποδεκτή ως κάτι το «φυσιολογικό». Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα, αποδοχής αυτής της νέας πραγματικότητας, είναι το γεγονός, ότι τα φρέσκα φρούτα και τα λαχανικά έχουν υψηλότερη τιμή αγοράς και είναι λιγότερο προσίτα από τα τρόφιμα υψηλής θερμοιδικής αξίας, όπως αναψυκτικά και «λιχουδιές».

Υπάρχουν, όμως, σημάδια, ότι τα πράγματα αλλάζουν. Σε όλη την Ευρώπη δημιουργείται μία νέα αντίληψη αντιμετώπισης του προβλήματος της παχυσαρκίας. Η επικράτηση της παχυσαρκίας, ιδιαίτερα των παιδιών, έχει αυξηθεί τρεις φορές ή και περισσότερο σε πολλά Ευρωπαϊκά κράτη, από το 1980. Περισσότεροι από τους μισούς ενήλικες στην Ευρώπη είναι υπέρβαροι. Το πρόβλημα αυτό συζητήθηκε σε δύο συναντήσεις του Τοπικού Ευρωπαϊκού Γραφείου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.), οι οποίες επέτρεψαν στους διαμορφωτές πολιτικής στους τομείς της υγείας, του αθλητισμού, των συγκοινωνιών, του αστικού σχεδιασμού, της εκπαίδευσης, της ψυχαγωγίας, της γεωργίας και του εμπορίου να συζητήσουν το ρόλο που έχει ο καθένας τους στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, με το να ενθαρρύνουν τη φυσική δραστηριότητα και να αναζητήσουν τυχόν νέες επιλογές στο επίπεδο της γεωργίας και του εμπορίου.

Μόνο η ισχυρή πολιτική βούληση είναι ικανή να συνδυάσει τη συνεργασία μεταξύ διαφορετικών κρατικών φορέων, μέσω μαζικής ενημέρωσης, βιομηχανίας, τροφίμων και τομέων ψυχαγωγίας, έτσι ώστε να γίνει ορατή η πρόοδος στη μείωση της παχυσαρκίας και των επιπλοκών αυτής. ●

➤ συνέχεια από τη σελ. 60 | οικονομικοί παλμοί

αφορές στην τυπική διατροφή, σε διάφορες περιοχές του κόσμου. Άνθρωποι στις ΗΠΑ και τον Καναδά έτρωγαν περισσότερα κατεργασμένα κρέατα και τρως λιπαρά από συσκευασμένα τρόφιμα. Η κατανάλωση σακχαρούχων ροφημάτων και αλατιού ήταν πολύ μεγάλη σε σχεδόν όλες τις περιοχές.

Η Οκεανία και η Ανατολική Ασία είχαν το μεγαλύτερο ποσοστό θανάτων, που συνδέονται με τη διατροφή, από καρδιοπάθεια, ενώ οι ΗΠΑ και ο Καναδάς από επιπλοκές του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2. Η επίδραση της διατροφής της συγκεκριμένης μελέτης, που δημοσιεύθηκε στο έγκυρο ιατρικό περιοδικό *Lancet*, δεν φάνηκε μόνο

στα ποσοστά θνησιμότητας αλλά και στην ποιότητα ζωής. Έχει σημασία, οι γονείς να προσέξουν από νωρίς τη διατροφή των παιδιών τους, ώστε να τους εμπεδώσουν σωστές διατροφικές συνήθειες. Τα παιδιά πρέπει να μάθουν από μικρή ηλικία να τρώνε ποικιλία τροφών, όπως λαχανικά, φρούτα, όσπρια, ψάρια, κοτόπουλο, που είναι πλούσιες σε θρεπτικά συστατικά και δεν περιέχουν πολλά λιπαρά και θερμίδες.

Ο καλύτερος τρόπος διατροφής είναι η Μεσογειακή διατροφή, η οποία προτείνεται πλέον σε όλες τις χώρες του κόσμου, ως η πιο υγιεινή και πρέπει να υιοθετείται από όλη την οικογένεια. ●

Ασφαλής διαχείριση του πόνου

Γεώργιος Γκουμάς

Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών

Ο πόνος, και ιδιαίτερα ο χρόνιος πόνος, αποτελεί ένα πρόβλημα εξαιρετικά σημαντικό, με τεράστιο κόστος προσωπικό αλλά και κοινωνικο-οικονομικό για κάθε χώρα και σύστημα υγείας. Αποτελεί τη βασική αιτία, για την οποία οι ασθενείς αναζητούν ιατρική βοήθεια, και την κυρίαρχη αιτία ανικανότητας προς εργασία στον κόσμο, συνήθως με τη μορφή της οσφυαλγίας, του αυχενικού πόνου και των γενικών μυοσκελετικών διαταραχών. Επιπλέον, ο χρόνιος πόνος επηρεάζει αποφασιστικά τη φυσική και ψυχο-κοινωνική κατάσταση κάθε ανθρώπου, οδηγώντας σε εντυπωσιακή αύξηση των ψυχολογικών και ψυχιατρικών προβλημάτων, υποβάθμιση της οικονομικής κατάστασης και μείωση του προσδόκιμου επιβίωσης.

Δεν υπάρχει αμφιβολία, ότι η αίσθηση του πόνου είναι εντελώς υποκειμενική και κάθε άνθρωπος τη βιώνει διαφορετικά, ανάλογα με τις αντοχές του αλλά και την ένταση του πόνου. Σε κάθε περίπτωση, όμως, θεωρείται θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα η προσφορά βοήθειας στον άνθρωπο που πονάει, με σκοπό την άμεση και παρατεταμένη ανακούφισή του. Η βοήθεια αυτή μπορεί να προέλθει είτε από έναν ιατρό, που θα δει τον ασθενή στο ιατρείο του ή σε κάποιο νοσοκομείο ακόμη και σε κάποιο ειδικό ιατρείο πόνου, είτε από έναν φαρμακοποιό που θα κληθεί να συμμετάσχει στην αντιμετώπιση του προβλήματος στο φαρμακείο του. Η τελευταία περίπτωση είναι ακόμη πιο πιθανή, τον τελευταίο καιρό με την εμφάνιση της νόσου του COVID-19, που έχει κάνει όλους τους πολίτες ιδιαίτερα προσεκτικούς και διστακτικούς στο να επισκεφτούν ένα ιδιωτικό ιατρείο ή ένα πολυδάσχολο εξωτερικό ιατρείο νοσοκομείου. Το φαρμακείο της γειτονιάς φαίνεται ένας προορισμός πιο κοντινός, μακριά από μέσα μαζικής μεταφοράς και άρα πιο ασφαλής. Τέλος, δεν είναι λίγες οι φορές που ο ίδιος ο ασθενής αποφασίζει και ζητάει το αναλγητικό που θα πάρει, στηριζόμενος σε πληροφορίες από το διαδίκτυο, διαφημίσεις που τον έχουν επηρεάσει ή προηγούμενες δοκιμές δικές του ή συγγενών και φίλων.

Υπάρχουν πολλές κατηγορίες φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του πόνου είτε στην οξεία είτε στη χρόνια φάση του. Αρχίζοντας από τα πιο απλά παυσίπονα, όπως είναι η γνωστή σε όλους μας παρακεταμόλη, και φτάνοντας σε φάρμακα που απαιτούν ειδική συνταγή για τη χορήγησή τους, όπως είναι τα οπιοειδή, συναντάμε κατηγορίες φαρμάκων όπως τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, τα μυοσκελετικά αναλγητικά, τα αναλγητικά που απευθύνονται στο νευροπαθητικό πόνο, ακόμη και τα αγχολυτικά και αντικαταθλιπτικά. Κάθε φαρμακευτική



παρέμβαση έχει τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά της και, ασφαλώς, το ζητούμενο είναι η εξατομίκευση της αγωγής, ανάλογα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και τις ανάγκες κάθε ασθενούς. Επιθυμητή είναι η μέγιστη δυνατή αποτελεσματικότητα σε συνδυασμό με τη μέγιστη ασφάλεια και τις λιγότερες παρενέργειες. Δυστυχώς, καμία φαρμακευτική παρέμβαση δεν είναι άμοιρη κινδύνων. Για παράδειγμα ακόμη και η παρακεταμόλη, που θεωρείται ίσως η πιο ήπια αναλγητική παρέμβαση, μπορεί να προκαλέσει δοσοεξαρτώμενη ηπατική τοξικότητα, ειδικά όταν χορηγείται σε μεγάλες δόσεις και για μεγάλο χρονικό διάστημα. Στη συνέχεια του άρθρου θα επικεντρωθούμε στο θέμα της ασφαλούς χορήγησης των μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών.

Δεν έχουν περάσει πολλά χρόνια από τότε που ο European Medicines Agency (EMA) εξέδιδε οδηγίες για τους επαγγελματίες υγείας σχετικά με τον αυξημένο κίνδυνο για αρτηριακά θρομβωτικά συμβλήματα, όπως, για παράδειγμα, έμφραγμα μυοκαρδίου και αγγειακό εγκεφαλικό, που διαπιστώθηκε σε κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες και σχετιζόταν με τη χορήγηση δικλοφενάκης (ειδικά στις μεγάλες δόσεις των 150 mg την ημέρα και για μεγάλα χρονικά διαστήματα). Με βάση αυτά τα στοιχεία, για τη χορήγηση δικλοφενάκης δημιουργήθηκε αντένδειξη στους ασθενείς με συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, ισχαιμική καρδιοπάθεια, περιφερική αποφρακτική αγγειοπάθεια και ιστορικό αγγειακού εγκεφαλικού. Επιπλέον συστήθηκε προσοχή στη χορήγησή της σε ασθενείς που έχουν σημαντικούς παρά-

γοντες κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις, όπως είναι το κάπνισμα, ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση και η υπερλιπιδαιμία. Σε αντίστοιχα στοιχεία και προειδοποίηση, με τη μορφή boxed warning, προχώρησε και ο Αμερικάνικος FDA, αναφέροντας ότι με τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη αυξάνεται ο κίνδυνος τόσο και για σοβαρά καρδιαγγειακά θρομβωτικά επεισόδια όσο και για ανεπιθύμητα συμβλήματα από το γαστρεντερικό. Τέλος, είναι ευρέως γνωστό ότι ένας εκπρόσωπος της κατηγορίας των μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών, η νιμεσουλίδη, δεν επιτρέπεται να κυκλοφορεί παρά σε λίγες μόνο χώρες στον κόσμο (ανάμεσα σε αυτές και η Ελλάδα), αφού από μελέτες έχει φανεί ότι μπορεί να προκαλέσει σοβαρή και ενίοτε θανατηφόρα ηπατική βλάβη.

Γιατί όμως, αφού τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη μπορεί να παρουσιάσουν παρενέργειες σαν τις παραπάνω, συνεχίζουν να χορηγούνται σε ασθενείς και μάλιστα αποτελούν μια από τις πιο συχνά χορηγούμενες κατηγορίες φαρμάκων; Η απάντηση είναι απλή: γιατί είναι αποτελεσματικά! Γιατί λύνουν το πρόβλημα του πόνου, και αυτό έχει τεράστια σημασία για έναν ασθενή που υποφέρει και η ποιότητα ζωής του επηρεάζεται αποφασιστικά. Η αμέσως επόμενη ερώτηση θα μπορούσε να είναι η εξής: είναι όλα τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη ίδια όσο αφορά τον κίνδυνο για παρενέργειες, και ειδικά για τις παρενέργειες από το καρδιαγγειακό σύστημα; Τα προηγούμενα χρόνια έχει γίνει πλήθος μελετών για το θέμα αυτό. Οι μελέτες αυτές είναι κυρίως επιδημιολογικές και μετα-ανάλυσεις στοιχείων από πολλές μικρότερες μελέτες, ενώ τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, για τα οποία κυρίως υπάρχουν στοιχεία, είναι η δικλοφενάκη, η ναπροξένη, η ιβουπροφένη και οι κοξίμπες. Η συμφωνία των αποτελεσμάτων είναι εντυπωσιακή, με τη δικλοφενάκη και τις κοξίμπες να αυξάνουν σημαντικά τον καρδιαγγειακό κίνδυνο, την ιβουπροφένη να τον αυξάνει σημαντικά λιγότερο και τη ναπροξένη να έχει το καλύτερο προφίλ καρδιαγγειακής ασφάλειας. Για να γίνει κατανοητός ο λόγος για τον οποίο πλεονεκτεί η ναπροξένη, έναντι των υπόλοιπων μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων, θα πρέπει να αναφέρουμε κάποια στοιχεία για το μηχανισμό δράσης τους. Τα φάρμακα αυτά δρουν αναστέλλοντας δυο ένζυμα, τα COX-1 και COX-2. Το COX-1 είναι το ένζυμο που βρίσκεται στα αιμοπετάλια και αναστέλλει, κατά κύριο λόγο, η ασπιρίνη, οδηγώντας σε σταθερή αναστολή της παραγωγής θρομβοξάνης A2 και στη συνέχεια στην αναστολή της προσκόλλησης και συγκόλλησης των αιμοπεταλίων. Το αποτέλεσμα είναι η ευεργετική δράση της ασπι-

ρίνης στη μείωση της δημιουργίας θρόμβων και, άρα, στη μείωση του κινδύνου για έμφραγμα ή εγκεφαλικό επεισόδιο. Ο θρομβωτικός κίνδυνος που σχετίζεται με τη λήψη των μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών, εξαρτάται από το βαθμό που κάθε ένα από αυτά επηρεάζει τα COX-1 και COX-2: Όσο μεγαλύτερη είναι η εκλεκτικότητα για το COX-2 τόσο μεγαλύτερος ο θρομβωτικός και άρα και ο καρδιαγγειακός κίνδυνος. Η ναπροξένη αναστέλλει και τα δυο ένζυμα, αλλά περισσότερο το COX-1, και η δράση της αυτή, σε συνδυασμό με το χρόνο ημίσειας ζωής της, που είναι 14 ώρες, οδηγεί στη σταθερή αναστολή της παραγωγής της θρομβοξάνης A2, όταν χορηγείται στη δόση των 500 mg δυο φορές την ημέρα.

Πως λοιπόν μπορούμε να διαχειριστούμε, με τον ασφαλέστερο δυνατό τρόπο, τον άνθρωπο που έχουμε απέναντί μας και πονάει; Εφόσον αποφασίσουμε ότι είναι απαραίτητο να του χορηγήσουμε ένα μη στεροειδές αντιφλεγμονώδες προκειμένου να τον ανακουφίσουμε, θα πρέπει να εκτιμήσουμε τον καρδιαγγειακό του κίνδυνο και σε περίπτωση που αυτός είναι μέτριος ή υψηλός να επιλέξουμε ως ασφαλέστερη επιλογή τη ναπροξένη. Οι ασθενείς, που έχουν ήδη υποστεί ένα έμφραγμα ή ένα αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ή έχουν περιφερική αποφρακτική αγγειοπάθεια, ανήκουν εξ ορισμού στην ομάδα υψηλού κινδύνου. Παράλληλα, όμως, υπάρχουν και πρόσωπα με ελεύθερο ιστορικό καρδιαγγειακών επεισοδίων, που μπορεί να έχουν αυξημένο κίνδυνο: οι καπνιστές, οι πάσχοντες από αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη ή υπερλιπιδαιμία, ακόμη και αυτοί που απλώς παρουσιάζουν κοιλιακού τύπου παχυσαρκία (κι έχουν τη γνωστή μας κοιλίτσα). Επιπλέον, σε αυτούς που υπάρχει αυξημένος κίνδυνος επιπλοκών από το γαστρεντερικό σύστημα, θα ήταν εύλογο να συνδυάσουμε τη χορήγηση ναπροξένης και με μια πραζόλη. Οι ασθενείς, που θα ωφεληθούν από την ταυτόχρονη χορήγηση γαστροπροστασίας, είναι αυτοί με ιστορικό πεπτικού έλκους ή αιμορραγίας από το γαστρεντερικό, αυτοί που έχουν λοίμωξη από ελικοβακτηρίδιο, οι ηλικιωμένοι και πάσχοντες από χρόνιες σοβαρές παθήσεις και αυτοί που ταυτόχρονα λαμβάνουν ασπιρίνη ή άλλα αντιαιμοπεταλιακά ή αντιπηκτικά φάρμακα.

Σε κάθε περίπτωση, όμως, κάθε ασθενής που ταλαιπωριέται με το θέμα του πόνου, όσο υγιής και δυνατός κι αν νοιώθει, καλό θα ήταν να συμβουλευτεί τον ιατρό του, πριν προχωρήσει στη λήψη φαρμάκων, όπως είναι τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη. ●

➔ συνέχεια από τη σελ. 57 | εκτος των τειχων

κλιμάκιο του ΕΟΔΥ διενεργήθηκαν rapid test σε όλο προσωπικό, αλλά και τους κρατούμενους με αρνητικά αποτελέσματα ευτυχώς, καθώς και προμήθεια 150 rapid test. Πρέπει λοιπόν η πολιτεία να δώσει κίνητρα, ώστε να προσληφθεί μόνιμος ιατρός και όχι αγορικός, νοσηλευτικό προσωπικό, ψυχολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί. Φυσικά, λόγω του αυξανόμενου αριθμού αλλοδαπών κρατουμένων, η ανάγκη μεταφραστική είναι επιτακτική.

Κλείνοντας να τονίσω ότι επιβάλλεται η μετεγκατάσταση και ο εκσυγχρονισμός της φυλακής. Η δράση σε χώρους εγκλεισμού έχει ως στόχο να δημιουργήσει ευκαιρίες εκπαίδευσης, δημιουργικής απασχόλησης, έκφρασης και επικοινωνίας, ώστε ο χρόνος του εγκλεισμού να μην κυλά στην απομόνωση και την αδράνεια. Ελπίζω στο εγγύς μέλλον να υλοποιηθούν ριζικές αλλαγές, διότι όλοι οι κρατούμενοι χρίζουν αξιοπρεπούς ιατρικής φροντίδας και μεταχείρισης. ●

Ειδικό Περιφερειακό Ιατρείο Φυλακών Χίου

Βασίλειος Στεφ. Σκαλιστής

Γενικός Ιατρός



Το αστικού τύπου Κέντρο Υγείας Χίου έχει στην αρμοδιότητά του 9 περιφερειακά ιατρεία, ένα εκ των οποίων είναι το Ειδικό Περιφερειακό Ιατρείο Φυλακών Χίου.

Σωφρονιστικό κατάστημα είναι μια εγκατάσταση στην οποία οι τρόφιμοι κρατούνται παρά τη θέλησή τους και χάνουν πολλές από τις ελευθερίες τους υπό την επίβλεψη του κράτους ως μια μορφή ποινής. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ο εγκλεισμός τους να συμβάλλει στην ανάπτυξη ψυχολογικών προβλημάτων, όπως κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές, αυτοκτονικές τάσεις κ.α.

Το σωφρονιστικό ίδρυμα κράτησης Χίου κατασκευάστηκε το 1957 με δωρεά κληρονομία του Κωνσταντίνου Μίχαλου και δωρεά του νοσοκομείου Χίου. Άρχισε να λειτουργεί ουσιαστικά από το 1960. Η χωρητικότητά του ήταν περίπου 70-80 κρατούμενοι. Με το πέρασμα των χρόνων, κυρίως λόγω της αυξημένης εγκληματικότητας, δημιουργήθηκε η ανάγκη για φιλοξενία περισσότερων κρατουμένων. Έτσι, το 1993 έγινε επέκταση του σωφρονιστικού καταστήματος διαμορφώνοντας τον χώρο όπως είναι μέχρι και σήμερα, με δυνατότητα φιλοξενίας 120 με 140 άτομα. Αυτό φυσικά επιτεύχθηκε και με την προσθήκη διπλών κρεβατιών στα ήδη υπάρχοντα. Πρέπει να τονίσουμε ότι στο σωφρονιστικό κατάστημα δεν υπάρχουν κελιά, αλλά θάλαμοι διαφορετικής χωρητικότητας 12,18, 20 ατόμων. κ.λπ. Στο σωφρονιστικό κατάστημα, εκτός των θαλάμων, υπάρχει το μαγειρείο, το κυλικείο, βιβλιοθήκη, καθώς και μια αίθουσα ψυχαγωγίας. Υπάρχουν δύο προσαυλιζόντες χώροι και μια εκκλησία.

Το ιατρείο λειτουργεί από τις 8:30-9:00 π.μ. μέχρι τις 13:00 μ.μ., όπου η φυλακή κλείνει. Όσοι κρατούμενοι αιτούνται ιατρό, από το προηγούμενο βράδυ μέχρι και τις 8:30 το

πρωί, ρίχνουν ένα χαρτί με τα στοιχεία τους σε ένα κουτί. Πριν την έναρξη του ιατρείου γίνεται έντυπη καταγραφή τους και αρχίζει η κλήτευση των κρατουμένων. Ο μέσος όρος των εξετασθέντων είναι περίπου 20-25 άτομα. Όπως καταλαβαίνετε, ο χρόνος είναι πολύ περιορισμένος. Ο μέσος όρος των κρατουμένων είναι τα 30 - 35 έτη. Όμως, υπάρχουν και κρατούμενοι άνω των 50, με προβλήματα υγείας, όπως στεφανιαία νόσος, καρδιακή ανεπάρκεια, ΣΔ2, ΧΑΠ, υπερλιπιδαιμία, βρογχικό άσθμα, HIV, ηπατίτιδα, ΣΔ 1 ινσουλινοεξαρτώμενο, κ.α. Ο ιατρός έρχεται πολλές φορές αντιμέτωπος με δερματολογικές και στοματικές παθήσεις, μια και πολλοί χρήζουν οδοντιατρικών επεμβάσεων. Δυστυχώς, τόσο στο Κ.Υ. αστικού τύπου όσο και στο νοσοκομείο δεν υπάρχουν οι αντίστοιχες ειδικότητες, με αποτέλεσμα η μεταφορά τους στο νοσοκομείο του Κορυδαλλού για να εξεταστούν (με όσα έξοδα αυτή συνεπάγεται) να κρίνεται επιτακτική.

Τα μέσα που διαθέτουμε στο ιατρείο είναι πραγματικά φτωχά. Δεν υπάρχει φιάλη οξυγόνου ώστε να μπορέσεις να αντιμετωπίσεις μια παρόξυνση ΧΑΠ, άσθματος ή δύσπνοιας. Ο καρδιογράφος είναι πολύ παλιός, δεν υπάρχει στατώ ορού, δεν υπάρχει υπολογιστής για τον ιατρό. Ένα μεγάλο πρόβλημα που αντιμετωπίζουμε είναι η έλλειψη φαρμάκων. Το μεγαλύτερο ποσοστό κρατουμένων είναι αλλοδαποί. Αυτό σημαίνει ότι δεν έχουν ΑΜΚΑ, οπότε κάποια από τα φάρμακά τους θα τα προμηθευτούμε από το Γ.Ν.Χίου (όσα μπορεί να προσφέρει), από εξωτερικό φαρμακείο με έξοδα του καταστήματος και άλλα από τη 2η ΔΥΠΕ.


Στα πλαίσια της πανδημίας από τον ιό SARS-CoV-2 από

Αγαπητό περιοδικό,

Έκανα πρόσφατα μια εξέταση αίματος και διαπίστωσα ότι έχω πολύ χαμηλή χοληστερίνη, γύρω στο 90. Είμαι άνδρας 40 ετών και, περισσότερο από αμέλεια νομίζω, είναι η πρώτη φορά που κάνω εξετάσεις στη ζωή μου. Είναι κάτι ανησυχητικό αυτό; Πρέπει να κάνω κι άλλες εξετάσεις;

Αγαπητέ αναγνώστη,

Αυτό το οποίο έχετε λέγεται υπολιπιδαιμία και αφορά περίπου το 5% του πληθυσμού. Μπορεί να οφείλεται σε γενετικά αίτια ή σε επίκτητα αίτια. Αν γεννηθήκατε με αυτό, η πιο πιθανή διάγνωση είναι η οικογενής υποβηταλιποπρωτεϊναιμία, που στις πιο σοβαρές μορφές της συνοδεύεται από διαρροϊκές κενώσεις από τη βρεφική ηλικία καθώς και δυσασπορόφηση των λιπών, όμως στις ήπιες μορφές είναι ουσιαστικά ασυμπτωματική. Στην περίπτωση αυτή, που αφορά 1 προς 500 με 1.000 πρόσωπα στο γενικό πληθυσμό, και οι δυο γονείς σας θα έχουν επίσης χαμηλή χοληστερίνη. Αρκετές φορές, ακριβώς λόγω μικρότερης ή μεγαλύτερης δυσασπορόφησης

των λιπών, δεν γίνεται σωστή απορρόφηση από το έντερο των λιποδιαλυτών βιταμινών, δηλαδή Α, D, Ε και Κ. Καλό θα ήταν να γίνει μέτρηση των επιπέδων τους στο αίμα προκειμένου να εντοπιστεί πιθανή ανεπάρκεια, οπότε θα χρειαστεί να παίρνετε κάποια συμπληρώματα από αυτές τις βιταμίνες. Πάντως, αν είναι αυτή η διάγνωση, δεν χρειάζεται να ανησυχείτε διότι η οικογενής υποβηταλιποπρωτεϊναιμία συνδυάζεται με αυτό που ονομάζεται σύνδρομο μακροβιότητας, δηλαδή με πολλά χρόνια ζωής! Τώρα, αν η χαμηλή αυτή τιμή χοληστερίνης είναι κάτι καινούριο και δεν το είχατε πριν από κάποιο χρονικό διάστημα, αυτό ονομάζεται επίκτητη υπολιπιδαιμία και οι πιθανές αιτίες είναι αρκετές: αναιμία, υπερθυροειδισμός, νοσήματα του ήπατος και του γαστρεντερικού συστήματος, χρόνιες λοιμώξεις, χρόνια φλεγμονώδη νοσήματα και νεοπλασίες. Βέβαια, αν δεν έχετε κανένα σύμπτωμα το πιο πιθανό είναι ότι δεν πάσχετε από κάτι από τα παραπάνω. Σε κάθε περίπτωση όμως καλό θα ήταν, ειδικά αφού δεν έχετε κάνει ποτέ μέχρι τώρα άλλες εξετάσεις, να συμβουλευτείτε κάποιον παθολόγο για να σας καθοδηγήσει και να οργανώσει για εσάς όλον τον απαραίτητο έλεγχο. 

► συνέχεια από τη σελ. 61 | κουζίνα



**ΚΟΙΝΩΦΕΛΕΣ
ΙΔΡΥΜΑ**

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

Γ. Κασιμάτης

Π. Τσάκος

Ι. Τσούνης

ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ: Π. Τούτουζας

ΤΑΜΙΑΣ: Α. Γιατράκου

ΓΡΑΜΜΑΤΕΥΣ: Δ. Ρίχτερ

ΜΕΛΗ:

Χ. Βλαχόπουλος, Α. Δήμα, Κ. Κалаϊτζή,

Χρ. Στεφανάδης, Δ. Τούσουλης,

Κ. Τούτουζας, Στ. Ψυχάρης

ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ:

Γ. Ανδρικόπουλος, Β. Βοτέας,

Α. Βούτσας, Δ. Γκολιδάκης, Γ. Γκουμάς,

Ν. Κατσιλάμπρος, Ε. Παπαστεριάδης

Κοτόπουλο με λαχανικά και φασόλια

Για το κοτόπουλο

700 γρ. φιλέτο στήθος κοτόπουλου, κομμένο σε μικρά κομμάτια.

2 καρότα, κομμένα σε φέτες 2 εκ.

300 γρ. κολοκύθα, κομμένη σε κύβους 1 εκ.

1 μπρόκολο, κομμένο σε μπουκετάκια.

2 πιπεριές κόκκινες, καθαρισμένες και κομμένες σε κύβους 1 εκ.

1 κρεμμύδι, μικρό, κομμένο σε φέτες.

400 γρ. φασόλια, κοκσέρβα.

Για τη σάλτσα

100 γρ. ελαιόλαδο + έξτρα για το άλειμμα του ταψιού.

Χυμό λεμονιού, από 1-2 μεγάλα λεμόνια.

Αλάτι, πιπέρι.

50 γρ. μέλι.

Θυμαρί φρέσκο, μόνο τα φύλλα.

Εκτέλεση: Προθερμαίνουμε το φούρνο στους 220°C, στον αέρα. Αλείφουμε με ελαιόλαδο ένα μεγάλο ταψί. Ανακατεύουμε όλα τα υλικά για τη σάλτσα σε ένα μπολ. Πλένουμε και στραγγίζουμε καλά τα φασόλια. Προσθέτουμε τα υπόλοιπα υλικά της συνταγής στο μπολ με τη σάλτσα. Ανακατεύουμε καλά, ώστε όλα τα υλικά να καλυφθούν με τη σάλτσα. Αδειάζουμε το μείγμα στο ταψί και ψήνουμε για 15-20 λεπτά, ανακατεύοντας μία φορά κατά τη διάρκεια του ψησίματος. Σερβίρουμε.

Θερμίδες 2.510 Kcal

Πρωτεΐνες 180 γρ.

Λίπη 125 γρ.

Υδατάνθρακες 190 γρ.

Χοληστερόλη 490 χλγρ.

Επιτροπή Φίλων του ΕΛ.Ι.ΚΑΡ.



ΠΡΟΕΔΡΟΣ: Α. Παπακωνσταντίνου

ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ: Ν. Συμβουλίδου

ΓΡΑΜΜΑΤΕΥΣ: Ν. Στενού

ΤΑΜΙΑΣ: Μ. Μπατάκη

ΜΕΛΗ: Γ. Βαϊνά, Γ. Βαφάκη, Ε. Τούτουζα

ζεται μέσα από τις διάφορες φάσεις των κλινικών μελετών. Ειδικότερα στη Φάση I καθορίζεται η ασφάλεια και η δόση σε μικρό αριθμό εθελοντών, ενώ στη Φάση II μελετάται εκτός από την ασφάλεια και η ανοσογονικότητά του. Στη Φάση III, που συμμετέχουν συχνά χιλιάδες εθελοντές, αποδεικνύεται η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια σε πολύ μεγαλύτερο πληθυσμό. Μετά την έγκριση του εμβολίου έχει μεγάλη σημασία να συνεχίσει η παρακολούθηση των εμβολιασθέντων, για θέματα ασφαλείας και αποτελεσματικότητας.

Γιατί η διαδικασία έγκρισης του εμβολίου για τον SARS-CoV-2 κινείται τόσο γρήγορα;

Η ταχύτητα με την οποία δημιουργήθηκε το εμβόλιο, η ταχύτητα με την οποία διεξάχθηκαν οι μελέτες και η ταχύτητα της διαδικασίας έγκρισης ήταν πρωτοφανείς για τα μέχρι σήμερα δεδομένα. Αυτό έγινε διότι συνδυάστηκαν σε κάποιες κλινικές μελέτες η Φάση I και η Φάση II, ενώ υπήρχε μεγάλος αριθμός νέων περιπτώσεων COVID-19, λόγω πανδημίας, ώστε η Φάση III να πραγματοποιηθεί γρήγορα. Η τεράστια επένδυση, από διάφορες χώρες, σε εργοστάσια παρασκευής δημιουργήσε μεγάλη αύξηση στη δυνατότητα παραγωγής δόσεων εμβολίων.

Πρέπει να εμβολιάσουμε τα παιδιά;

Τα παιδιά σε αυτή τη φάση του εμβολιασμού δεν αποτελούν

προτεραιότητα. Παρόλα αυτά, αυξάνεται η διαθεσιμότητα των εμβολίων και οι κλινικές μελέτες που θα ακολουθήσουν συμπεριλαμβάνουν και παιδιά, οπότε πιθανότατα θα εμβολιασθούν και αυτά στο μέλλον.

Πόση διάρκεια θα έχει η προστασία μετά τον εμβολιασμό;

Δεν είναι γνωστό πόση διάρκεια θα έχει η προστασία από νόσο COVID-19 μετά από τον εμβολιασμό και είναι ένα αντικείμενο για το οποίο θα υπάρχουν δεδομένα από τις μελέτες φάσης III στα επόμενα δύο χρόνια.

Εάν έχω ήδη νοσήσει από COVID-19 χρειάζεται να κάνω εμβόλιο;

Δεν είναι ακόμη γνωστό πόση διάρκεια έχει η φυσική ανοσία μετά από COVID-19. Εάν αυτή διαρκεί μόνο κάποιους μήνες πρέπει ο εμβολιασμός να γίνει και στα άτομα που έχουν ήδη νοσήσει.

Μπορεί κάποιος να νοσήσει από COVID-19 κάνοντας το εμβόλιο;

Όχι, δεν είναι δυνατόν να νοσήσεις από COVID-19 κάνοντας εμβόλιο. Τα εμβόλια που κυκλοφορούν ή θα κυκλοφορήσουν έχουν γενετική πληροφορία του ιού ή αδρανισμένο ιό ή μέρος του ιού. Κανένα από αυτά δεν προκαλεί COVID-19. 🚫

που πήραν και μετά να ξεκινήσουν γυμναστική. Εδώ εννοείται ότι η βιάση είναι καταλυτικός παράγοντας για την επίτευξη αυτού του στόχου αλλά και για την υγεία της μέσης μας.

Δεν ξεχνάμε, ότι η άσκηση βοηθάει και στην ψυχική μας υγεία, καλό είναι να συνοδεύεται από μουσική, όταν είναι επιβλητικό, ή να γίνεται στη φύση.

Αν η επιστροφή στη δουλειά, μας στρεσάρει τόσο που δεν το ελέγχουμε, υπάρχουν συγκεκριμένες ασκήσεις χαλά-

ρωσης και ηρεμίας, όπου μπορούμε να τις ζητήσουμε από τους επαγγελματίες υγείας, αναφέροντας το πρόβλημα και προετοιμάζοντας τον οργανισμό μας για την ομαλή επάνοδο στην ένταση και τις απαιτήσεις της καθημερινότητας.

Ακολουθώντας, λοιπόν, τα παραπάνω, οι πιθανότητες, επιστρέφοντας στην κανονικότητά μας, μιας αιφνίδιας οξείας οσφυαλγίας μειώνονται αρκετά, αφήνοντας ως ανάμνηση μόνο τις όμορφες στιγμές των εορτών. 🌟

ΥΠΕΡ ΤΩΝ ΣΚΟΠΩΝ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΤΕΘΕΣΑΝ ΕΙΣ ΜΝΗΜΗΝ

- Σωτηρίου Αντωνίου, η οικογένεια Ευαγγέλου και Αναστασίας Τσίγκου, το ποσό των 100€.
- Παναγιώτη Δροσίτη, η οικογένεια Κωνσταντίνου Σιδηρή και Κυριακής Ποθητού, το ποσό των 50€.

ΥΠΕΡ ΤΩΝ ΣΚΟΠΩΝ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΤΕΘΕΣΑΝ

- Το Ίδρυμα Ευποιίας "Ο Καλός Σαμαρείτης", το ποσό των 4.000€.
- Ο κ. Απόστολος Γεωργιάδης, το ποσό των 100€.
- Η κ. Μυρσίνη Πήχου, το ποσό των 100€.
- Η κ. Χρυσοβαλάντο Βερνίκου, το ποσό των 50€.
- Ο κ. Ιωάννης Κουρνέτας, το ποσό των 50€
- Η κ. Παναγιώτα Πάντζου, το ποσό των 50€.

Φυσική δραστηριότητα και υγιεινή διατροφή στην παιδική και εφηβική ηλικία.

Γαλήνη Φούρα
Δημοσιογράφος

Η σωματική δραστηριότητα στην παιδική ηλικία και την εφηβεία βοηθάει τα παιδιά να έχουν καλύτερη νοημοσύνη, δηλαδή σκέψη και μάθηση, καλύτερη λειτουργία του εγκεφάλου και καλύτερη ψυχική υγεία, συναισθηματική, ψυχολογική και κοινωνική ευημερία. Αυτά είναι τα ευρήματα ενός Καναδικού προγράμματος (Particip Action 2018), με τη συμμετοχή ομάδων ειδικών της παιδιατρικής νευροεπιστήμης και της φυσικής άσκησης, οι οποίοι εξέτασαν τη σχέση μεταξύ της σωματικής δραστηριότητας και της υγείας του εγκεφάλου, σε παιδιά και εφήβους. Τα οφέλη είναι γνωστά για την υγεία των παιδιών και πολλά, όπως η βελτιωμένη υγεία της καρδιάς, των οστών, των μυών και η πρόληψη του διαβήτη τύπου 2. Από τις μελέτες διαπιστώνεται, ότι η σωματική δραστηριότητα βελτιώνει τις γνωστικές λειτουργίες, βοηθάει τα παιδιά να μαθαίνουν καλύτερα, να λύνουν τα προβλήματα πιο δημιουργικά και να αναπτύξουν πιο υγιείς εγκεφάλους. Πολύ περισσότερα μπορούν να κερδίσουν με την άθληση τα λιγότερο δραστήρια παιδιά και όσα έχουν νευροαναπτυξιακές δυσκολίες. Η αύξηση της σωματικής δραστηριότητας των παιδιών είναι αναγκαία για την υποστήριξη της ψυχικής τους υγείας. Η έρευνα δείχνει, ότι υποστηρίζει και ενθαρρύνει την ψυχική και συναισθηματική ευεξία, διαδραματίζει βασικό ρόλο στην πρόληψη και μειώνει τα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους, ενώ βελτιώνει την αυτοεκτίμηση στα παιδιά και τους εφήβους. Για την υγιή ανάπτυξη του εγκεφάλου τα παιδιά και οι νέοι από 5 έως 17 ετών θα πρέπει να έχουν αυξημένη δραστηριότητα, επαρκή ύπνο και όσο λιγότερες ώρες καθιστικής ζωής.

Σύμφωνα με τις κατευθύνσεις, ένα υγιές 24ωρο καλό είναι να περιλαμβάνει ένα άθροισμα 60 λεπτών μέτριας έως έντονης σωματικής κίνησης, με ποικιλία αερόβιων δραστηριοτήτων και αρκετές ώρες, με δράσεις ελαφράς έντασης. Η έντονη άθληση και οι ασκήσεις ενίσχυσης μυών και οστών θα πρέπει να ενσωματώνονται στο πρόγραμμα, τρεις φορές την εβδομάδα. Τα σχολεία οφείλουν να δίνουν στα παιδιά αρκετές ευκαιρίες για σωματική άσκηση και παιχνίδι, κατά τη διάρκεια των σχολικών ωρών. Στο πρόγραμμα των μαθημάτων πρέπει να υπάρχουν αρκετά διαλείμματα, αλλά και κατά τη διάρκεια της διδασκαλίας να δίνονται ευκαιρίες κίνησης, όπου είναι δυνατόν. Όμως, η σημερινή κοινωνία σπρώχνει τα μέλη της και τα παιδιά να κινούνται λίγο και να τρώνε πολύ, κάτι που μεταφράζεται σε εκατομμύρια παχύσαρκους και υπέρβαρους ανθρώπους. Οι ειδικοί διαπιστώνουν, ότι το σημερινό τοπίο των χρόνιων

ασθενειών, οι οποίες θα μπορούσαν να αποφευχθούν στα παιδιά και τους νέους, αλλάζει και όχι προς το καλύτερο. Την περίοδο της πανδημίας του Covid-19, τον τελευταίο χρόνο, αυτό συμβαίνει και λόγω των μέτρων της δημόσιας υγείας. Οι πρώτοι που πλήττονται είναι τα παιδιά που με τα σχολεία κλειστά, τον περισσότερο καιρό, έχουν ελάχιστες ευκαιρίες να παίζουν με τους συνομήλικούς τους ή να αθληθούν.

Οι εξωτερικοί παράγοντες, που ευνοούν την παχυσαρκία, αυξάνονται, καθώς το περίσσειμα ενέργειας μετατρέπεται σε λίπος, παρότι οι επιπτώσεις στους δείκτες παχυσαρκίας δεν είναι ακόμη γνωστές. Παλαιότερα δεδομένα αναφέρουν, ότι το 19,5% των παιδιών είναι παχύσαρκα και το 15% υπέρβαρα. Μαζί με την άσκηση, η διατροφή έχει άμεση επίδραση στο σωματικό βάρος ενός παιδιού και στη γενικότερη υγεία του, με αύξηση του κινδύνου να εμφανίσει καρδιακή νόσο, σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, άπνοια ύπνου και ψυχολογικά προβλήματα, όπως χαμηλή αυτοεκτίμηση και κατάθλιψη. Η σωστή παρέμβαση μπορεί να φέρει αποτελέσματα, σύμφωνα με μελέτες. Στο πλαίσιο μιας από αυτές, εξετάστηκαν, επί μία δεκαετία, 1.200 υπέρβαρα παιδιά, από τα οποία ένα στα δέκα είχε διαταραχές των λιπιδίων και ένα στα δέκα εικόνα προδιαβήτη. Η προσπάθεια στέφθηκε με επιτυχία. Τα παιδιά, μαζί με τους γονείς τους, παρακολούθησαν για οχτώ χρόνια, με σωστή παρεμβατική πολιτική, γνωστική και συμπεριφορική καθοδήγηση. Αποτέλεσμα ήταν να γίνουν έφηβοι με φυσιολογικό βάρος και καλή υγεία. Ο καλύτερος τρόπος, για τη βελτίωση της διατροφής και την πρόληψη της παχυσαρκίας στα παιδιά, είναι η ενεργή συμμετοχή των γονιών τόσο στο σχολείο όσο και στο σπίτι. Η παιδική παχυσαρκία οφείλεται, κυρίως, στην υπερκατανάλωση βιομηχανοποιημένων τροφίμων. Διατροφή υψηλή σε νάτριο, καταργημένα κρέατα, τρανς λιπαρά, σακχαρούχα ροφήματα και φτωχή σε προϊόντα ολικής άλεσης, φρούτα, λαχανικά, ξηρούς καρπούς και δημητριακά.

Έρευνα, σε 195 χώρες, συνέδεσε τη φτωχή ποιότητα διατροφής με 11 εκατομμύρια θανάτους, το 2017. Αυτό μεταφράζεται στο 22% των θανάτων, εκείνη τη χρονιά, σε ενήλικες. Τα υγιεινά τρόφιμα ήταν αδικημένα σχεδόν παντού, με λίγες εξαιρέσεις. Οι άνθρωποι στην κεντρική Ασία έτρωαν να τρώνε αρκετά λαχανικά, ενώ στη Λατινική Αμερική έτρωγαν άφθονα όσπρια. Γενικότερα, υπήρχαν δι-

Συνταγές με όσπρια

Κωνσταντίνα Πάλλιου

Κλινική Διατροφολόγος- Διαιτολόγος MSc.

Ρεβύθια με σπανάκι

Υλικά

500 γραμ. ρεβύθια μουσκεμένα.
1/4 φλ. ελαιόλαδο.
2 ξερά κρεμμύδια, ψιλοκομμένα.
1 ματσάκι φρέσκα κρεμμυδάκια (με τα πράσινα φύλλα τους).
100 γραμ. καρότο.
100 γρ. σπανάκι.
1/2 ματσάκι άνηθο.
Αλάτι, πιπέρι

Για το λαδολέμονο

1/4 φλ. ελαιόλαδο.
Χυμό από 1 λεμόνι.

Εκτέλεση: Για τα ρεβύθια: πρέπει να έχουμε από πριν μουσκέψει για 1 νύχτα τα ρεβύθια σε μπόλικο νερό. Το πρωί τα ξεπλύνουμε και τα στραγγίζουμε. Τα βάζουμε σε μία κατσαρόλα με κρύο νερό και τα βράζουμε σε μέτρια φωτιά μέχρι να μαλακώσουν, περίπου 40'. Τα στραγγίζουμε και πετάμε το νερό. Σε μια κατσαρόλα μέτρια, ζεσταίνουμε το μισό από το συνολικό ελαιόλαδο. Σοτάρουμε τα ψιλοκομμένα κρεμμύδια να γίνουν διάφανα. Προσθέτουμε τα φρέσκα κρεμμυδάκια ψιλοκομμένα (κρατάμε τα πράσινα φύλλα τους για το τέλος). Μετά από 2' προσθέτουμε τα βρασμένα ρεβύθια, το καρότο και συμπληρώνουμε ζεστό νερό, ίσα που να καλυφθούν τα υλικά. Βράζουμε για 20'. Όταν μαλακώσουν τελείως τα ρεβύθια, κρατάμε 1 γεμάτη κουτάλα ρεβύθια στην άκρη. Τότε, προσθέτουμε στην κατσαρόλα το σπανάκι και αλατοπιπερώνουμε το φρικασέ. Βράζουμε για 10'.

Για το λαδολέμονο: Βάζουμε στο μπλέντερ τα ρεβύθια που κρατήσαμε στην άκρη με το ζωμό τους. Προσθέτουμε το ελαιόλαδο, (1/4 φλ) το χυμό λεμόνι και όλα μαζί τα χτυπάμε να πολτοποιηθούν καλά. Περιχύνουμε το φαγητό στην κα-

τσαρόλα με αυτή τη λεμονάτη κρέμα ρεβυθιών και προσθέτουμε μπόλικο άνηθο. Αφήνουμε το φαγητό να πάρει μια βρόση και να πήξει η σάλτσα του. Ελέγχουμε το αλατοπίπερο. Σερβίρουμε σε βαθιά πιάτα και περιχύνουμε, ραντίζουμε με λίγο ελαιόλαδο.

Θερμίδες 2.756 Kcal
Λίπη 214 γρ.
Χοληστερόλη 0 χλγρ.

Πρωτεΐνες 55 γρ.
Υδατάνθρακες 193 γρ.



Φασόλια πιάζ

Υλικά

½ κιλό άσπρα φασόλια μικρά, ξερά.
2 κρεμμύδια μέτρια, σε ροδέλες.
1 φλιτζάνι μαϊντανό ψιλοκομμένο.
1 φλιτζάνι ελαιόλαδο.
Χυμό από 1 λεμόνι.
Αλάτι χοντρό, πιπέρι φρεσκοτριμμένο.

Εκτέλεση: Αποβραδής μουλιάζετε τα φασόλια μέσα σε άφθονο, κρύο νερό. Το πρωί τα ξεπλένετε και τα βράζετε μέσα σε άφθονο νερό, μέχρι να γίνουν τρυφερά, χωρίς όμως να διαλυθούν. Τα σουρώνετε. Τα φυλάτε σε μεγάλη σαλατιέρα. Πλένετε με κρύο νερό τα κρεμμύδια, να φύγει η κίψα. Τα ανακατεύετε μαζί με τον ψιλοκομμένο μαϊντανό. Αλατίζετε τα φασόλια με το χοντρό αλάτι, ρίχνετε και το φρεσκοτριμμένο πιπέρι, τα περιχύνετε με το ελαιόλαδο και το χυμό λεμονιού και τα ανακατεύετε καλά. Σκορπίζετε από πάνω τις ροδέλες του κρεμμυδιού και σερβίρετε.

Θερμίδες 3.700 Kcal
Λίπη 229 γρ.
Χοληστερόλη 0 χλγρ.

Πρωτεΐνες 119 γρ.
Υδατάνθρακες 313 γρ.



Άσκηση στην κολπική μαρμαρυγή: ταμπού ή αναγκαιότητα;

Κωνσταντίνος Αθ. Βόλακλης

Κλινικός Εργοφυσιολόγος, Κλινική Πρόληψης & Αποκατάστασης, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Μονάχου

Η άσκηση, ως αναπόσπαστο μέσο θεραπείας των καρδιαγγειακών παθήσεων, έχει αναγνωριστεί εδώ και δεκαετίες. Πρόσφατες μελέτες έχουν αποδείξει, επίσης, τα ιδιαίτερα οφέλη της στην κολπική μαρμαρυγή τόσο στην πρωτογενή όσο και στη δευτερογενή πρόληψη.

Η κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ), κατά την οποία οι κόλποι της καρδιάς συστέλλονται γρήγορα και ακανόνιστα, είναι ο συνηθέστερος τύπος διαταραχής του καρδιακού ρυθμού και ο κίνδυνος εμφάνισής της αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας. Οι ασθενείς αισθάνονται ζάλη, δύσπνοια, αίσθημα παλμών, πόνο στο στήθος και εύκολη κόπωση, με αρκετούς εξ αυτών να παραμένουν ασυμπτωματικοί (το ένα τρίτο). Βασικοί παράγοντες κινδύνου αποτελούν, εκτός από την ηλικία, η προϋπάρχουσα καρδιοπάθεια, η παχυσαρκία, η κατάχρηση αλκοόλ και καφεΐνης, η άπνοια ύπνου, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και το υπερβολικό άγχος. Οι ασθενείς με ΚΜ παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο για δημιουργία θρόμβων και, κατά συνέπεια, εμφάνισης εγκεφαλικού επεισοδίου.

Η άσκηση για πολλά χρόνια αποτέλεσε «ταμπού» για αυτή την κατηγορία ασθενών, ενώ ακόμη και σήμερα υπάρχει σύγχυση γύρω από το θέμα αυτό. Όσον αφορά στην πρόληψη, φαίνεται να υπάρχει μία σχέση ανεστραμμένου U. Δηλαδή, όσοι κάνουν καθιστική ζωή αλλά και όσοι γυμνάζονται συχνά σε πολύ υψηλή ένταση φαίνεται να διατρέχουν τον ίδιο κίνδυνο εμφάνισης ΚΜ. Σημαντική μείωση του κινδύνου έχουν μόνο όσοι ακολουθούν δια βίου μέτριας έντασης φυσικές δραστηριότητες, συνολικής εβδομαδιαίας συχνότητας 3 έως 5 φορές και διάρκειας 120 έως 150 min.

Τίσιχου, όμως, όταν η άσκηση εφαρμόζεται σε ασθενείς με ΚΜ; Η επίδρασή της σχετίζεται με πολλούς παράγοντες και η εφαρμογή της απαιτεί προσοχή. Το πιο βασικό κριτήριο είναι, ίσως, η επίτευξη σφύξεων μεταξύ 70-100 στην ηρεμία και η απουσία συμπτωμάτων. Για τον έλεγχο της προσπάθειας μπορεί κάποιος στην πράξη να χρησιμοποιήσει την κλίμακα κόπωσης του Borg (όπου σε μια εικοσαβάθμια κλίμακα δεν θα πρέπει να ξεπερνάται το επίπεδο 11).

Γενικώς γνωρίζουμε ότι όσοι ασθενείς ακολουθούν επιθετική στρατηγική μείωσης των παραγόντων κινδύνου (με απώλεια βάρους και άσκηση) παρουσιάζουν σημαντική μείωση στα ποσοστά επανεμφάνισης ΚΜ. Με άλλα λόγια, βελτώνουν σημαντικά την έκβαση της επέμβασης κατάλυσης της ΚΠ (γνωστής και ως ablation), ενώ παράλληλα εξοικονομούνται σημαντικοί πόροι του συστήματος υγείας αλλά και πιθανή ταλαιπωρία του ασθενούς. Σε μελέτη, όπου συμμετείχαν παχύσαρκοι ασθενείς με ΚΜ, παρατηρήθηκε,



ότι, για κάθε 1 MET βελτίωσης της φυσικής κατάστασης ο σχετικός κίνδυνος επανεμφάνισης ΚΜ μειώνονταν κατά 9%, στη διάρκεια 4 ετών παρακολούθησης. Επίσης, σε άλλη μελέτη, βρέθηκε ότι η συστηματική άσκηση μείωσε το αρρυθμολογικό φορτίο σε ποσοστό 38% των ασθενών που γυμνάστηκαν, ενώ μόνο 20% στους ασθενείς της ομάδας ελέγχου.

Προσοχή απαιτείται σε περιπτώσεις ασθενών με εμμένουσα ΚΜ, χωρίς καλή φαρμακευτική ρύθμιση και υψηλές σφύξεις στην ηρεμία, που κυμαίνονται μεταξύ 90-110 το λεπτό ή και περισσότερο. Σε αυτούς ο θεράπων καρδιολόγος θα πρέπει να σταθμίσει τη σχέση οφέλους/κινδύνου και να εξετάσει την αιμοδυναμική ανταπόκριση του ασθενούς στην άσκηση. Η τελευταία θα πρέπει να διεξάγεται υπό ηλεκτροκαρδιογραφική παρακολούθηση και επίβλεψη για εμφάνιση τυχόν επιπλοκών.

Συμπερασματικά, θα λέγαμε ότι η άσκηση σε ασθενείς με ΚΜ θα πρέπει να εξατομικεύεται αυστηρά και να λαμβάνονται υπόψιν τα επίκαιρα συμπτώματα του αρρώστου (κλινικά σταθερός ή με πρόσφατο αρρυθμιοεπεισόδιο ΚΜ). Ο ασθενής θα πρέπει να εκπαιδευτεί στον έλεγχο τυχόν συμπτωμάτων κατά την άσκηση, έτσι ώστε έγκαιρα και σε συνεργασία με το γιατρό του να μπορεί να βελτιστοποιήσει τη θεραπευτική του αγωγή. ●

Εμβολιασμός κατά του κορωνοϊού και της νόσου COVID-19. Η τελική λύση για να επιστρέψει η κανονικότητα.

Πολύδωρος Τόφας

Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Ευρωκλινική Αθηνών

Οι κορωνοϊοί (RNA ιοί) είναι σημαντικά παθογόνα για τον άνθρωπο και τα ζώα. Αποτελούν μία ομάδα ιών, που συνήθως προκαλούν αναπνευστικές λοιμώξεις, με ποικίλη σοβαρότητα. Εκτιμάται ότι περίπου το ένα τρίτο των λοιμώξεων, ανώτερου αναπνευστικού στον άνθρωπο μπορεί να προκαλείται από κορωνοϊούς. Στο τέλος του 2019, ένα νέο στέλεχος κορωνοϊού αναδύθηκε στην πόλη Wuhan, στην επαρχία Hubei στην Κίνα, ως το αίτιο μιας συρροής κρουσμάτων πνευμονίας. Τα περισσότερα κρούσματα στην πόλη Wuhan, είχαν επιδημιολογική συσχέτιση με μία ψαρογορά της πόλης, όπου, εκτός από θαλασσίνα, πωλούνται κοτόπουλα, τρωκτικά και άλλα άγρια ζώα.

Το Φεβρουάριο του 2020, ο ΠΟΥ (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας), ονόμασε την ασθένεια, που προκαλεί ο νέος κορωνοϊός, SARS-CoV-2, COVID-19 (COronaVirusDisease 2019).

Μετά την πάροδο σχεδόν ενός έτους, η νόσος COVID-19 έχει προσβάλλει εκατό εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως, με περίπου δύο εκατομμύρια θανάτους.

Από την αρχή της επιδημίας, μετά την ταυτοποίηση του παθογόνου και του γονιδιώματός του, άρχισε ταχύτατα, παγκοσμίως, η διαδικασία παραγωγής εμβολίων κατά του SARS-CoV-2.

Στο τέλος του 2020, είχαν ήδη αδειοδοτηθεί στην Ευρωπαϊκή Ένωση δύο εμβόλια με την τεχνολογία της πλατφόρμας mRNA και ακολουθούν στη συνέχεια και άλλα με διαφορετικές τεχνολογίες παραγωγής.

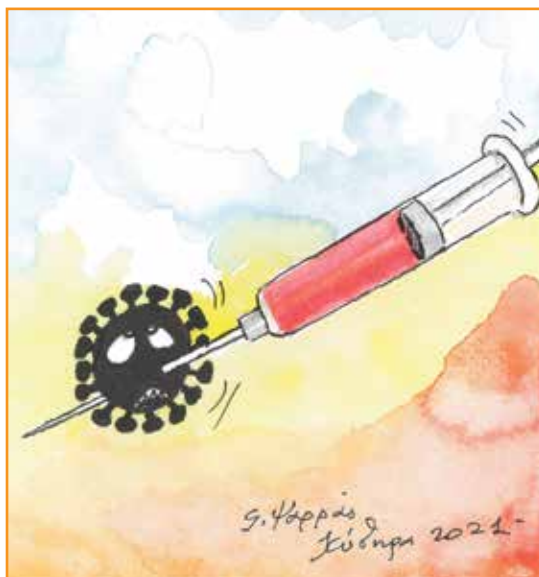
Είναι γεγονός, ότι η ταχύτητα, με την οποία δημιουργήθηκαν τα εμβόλια κατά του SARS-CoV-2, εγείρει ερωτήματα και δημιουργεί ανασφάλεια σε πολλούς. Ας προσπαθήσουμε να απαντήσουμε, λοιπόν, με επιστημονικά δεδομένα κάποια από αυτά.

Πώς δουλεύουν τα εμβόλια για τον SARS-CoV-2;

Τα εμβόλια διεγείρουν το ανοσοποιητικό μας σύστημα και την παραγωγή αντισωμάτων για την πρωτεΐνη ακίδα (πρωτεΐνη S) του κορωνοϊού και εμποδίζουν την εκδήλωση λοίμωξης.

Γιατί υπάρχουν τόσοι πολλοί και διαφορετικοί τύποι εμβολίου;

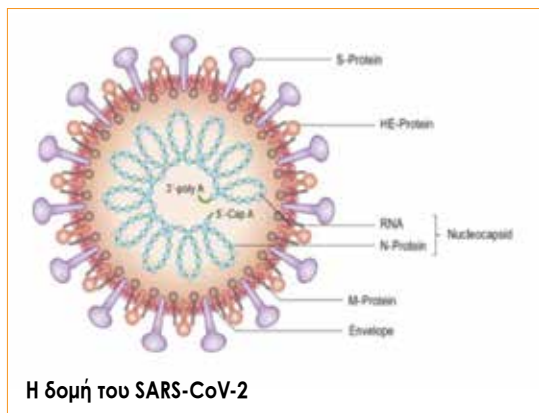
Υπάρχουν διάφοροι τύποι εμβολίων για τον SARS-CoV-2, τον ιό που προκαλεί τη νόσο COVID-19. Κάποια από αυτά βασίζονται στις κλασικές μεθόδους παραγωγής εμβολίων και άλλα σε πιο μοντέρνες τεχνολογίες, όπως, π.χ. σε μορφή DNA ή mRNA. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να έχουν ασχολη-



θεί πολλές φαρμακευτικές εταιρείες και να έχουν παραχθεί διαφορετικοί τύποι εμβολίων, με διαφορετικές μεθόδους, τα οποία με τη σειρά τους μπορεί να δουλεύουν με άλλο τρόπο, σε διάφορους πληθυσμούς.

Πώς θα ξέρουμε ότι ένα εμβόλιο είναι ασφαλές και δραστικό;

Η ασφάλεια και η δραστικότητα των εμβολίων καθορί-



Η δομή του SARS-CoV-2

Οσφυαλγία. Μια "μεθεόρτια" πάθηση.

Γρηγόρης Γονιδάκης

BSc Physiotherapist PERFORMANCE 22 LAB

Εχει παρατηρηθεί, πολύ συχνά, το φαινόμενο μετά από μία περίοδο χαλάρωσης από τις καθημερινές μας υποχρεώσεις, από τη σωματική και ψυχική εξουθένωση, που μας προκαλεί η πίεση να ανταποκριθούμε στις απαιτήσεις αυτές, και ενώ είμαστε χαλαροί και ξεκουραστού απολαμβάνοντας τις γιορτές και τη χαρά της συνεύρεσης με τους αγαπημένους μας ανθρώπους, ξαφνικά και χωρίς λόγο, όπως πιστεύουμε, συμβαίνει το αναπάντεχο, ένας οξύς πόνος στη μέση μας σταματά κάθε μας κίνηση.

Η αιφνίδια αυτή οσφυαλγία σίγουρα δεν είναι προϊόν της κακής στιγμής, όπως πολύ συχνά αναφέρει ο λαός μας, αλλά μιας αλληλουχίας διαφορετικών συνηθειών της καθημερινότητάς μας.

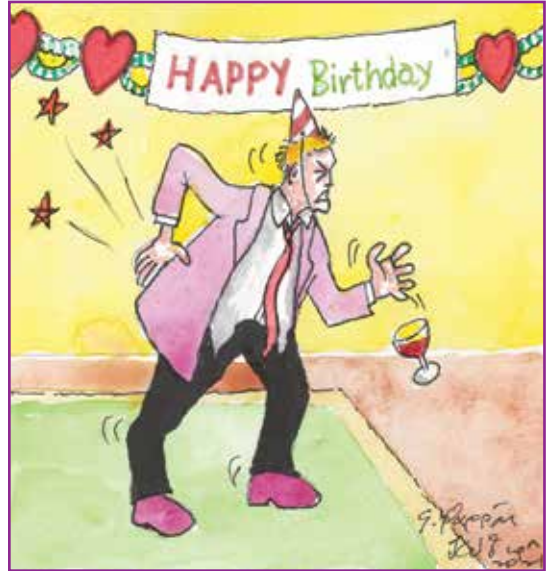
Στις γιορτές το σώμα μας, η ψυχική μας κατάσταση, η διατροφή μας είναι διαφορετική. Το μυοσκελετικό σύστημα χαλαρώνει και γίνεται υποτονικό από την ξεκούραση, την οποία την αντιλαμβανόμαστε ως ξάπλωμα στον καναπέ, περισσότερο ύπνο, ατέλειωτες ώρες μπροστά σε μια τηλεόραση, φαγητό, αλκοόλ, γλυκά ασταμάτητα και χωρίς περιορισμό.

Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το σωματικό μας βάρος να αυξηθεί ταχύτατα και η επιβάρυνση των σπονδύλων, που αποτελούν τη μέση μας, να είναι μεγάλη, μιας και οι μύες, έχοντας χάσει την ζωτικότητα τους από την παρατεταμένη ακινησία, δεν μπορούν να ανταποκριθούν στα νέα δεδομένα και να στηρίξουν επαρκώς τους σπονδύλους, οι οποίοι με τη σειρά τους θα πιάσουν περισσότερο τους δίσκους, με αποτέλεσμα η πίεση αυτή να φτάσει στα νεύρα και πλέον ο εγκέφαλος, αντιλαμβανόμενος αυτό το πρόβλημα, να μπλοκάρει τους μύες, δίνοντας έναν έντονο διαξιφιστικό πόνο στην κίνηση της μέσης.

Όμως, δεν είναι μόνο το βάρος η αιτία μιας αιφνίδιας οξείας οσφυαλγίας, καθώς νέες έρευνες καθιστούν την ψυχολογική μας κατάσταση ως έναν από τους βασικούς παράγοντες για την πρόκλησή της.

Προς το τέλος των γιορτών, υποσυνείδητα ο οργανισμός αρχίζει να μπαίνει στη διαδικασία της επαναφοράς στην εργασία και στο άγχος της καθημερινότητας που πλησιάζει, δίνοντας τέλος στην ανεμελιά και τη χαρά των γιορτών. Συχνά, λοιπόν, η αντίδραση του οργανισμού μας, να αντιπαχθεί σε αυτή την επαναφορά, είναι τόσο στρεσογόνα, που τα επίπεδα αδρεναλίνης αυξάνονται τόσο, ώστε πολλές φορές οι μύες της μέσης μας συσπώνται έντονα και μπλοκάρουν την κίνηση.

Τί πρέπει να κάνουμε, όμως, για να προφυλαχτούμε από την περίπτωση μιας οξείας οσφυαλγίας, κατά την



περίοδο των γιορτών;

Βασικό και κύριο μέλημά μας είναι η διατήρηση του σωματικού μας βάρους στα προ εορτών επίπεδα.

Ξεκούραση δεν σημαίνει κάθομαι στον καναπέ και βλέπω τηλεόραση.

Είναι σημαντικό να συνεχίσουμε την άσκηση και να μην διακόψουμε το πρόγραμμα που είχαμε λόγω των διακοπών.

Το καθημερινό περπάτημα, για όσους δεν γυμνάζονται συστηματικά, είναι μια εξαιρετική άσκηση που βοηθά σημαντικά τον οργανισμό και κυρίως τη μέση.

Όσοι έχουν διαγνωσμένα προβλήματα στην οσφυϊκή μοίρα πρέπει να ακολουθούν συγκεκριμένο ασκησιολόγιο.

Με το πρώτο σύμπτωμα πρέπει να επικοινωνούμε με το γιατρό ή το φυσικοθεραπευτή μας, δεν περιμένουμε να περάσει μόνο του.

Δεν ξεκινάμε βαριές δουλειές, αυτή την περίοδο, στις οποίες δεν είμαστε συνηθισμένοι.

Συχνά όσοι παίρνουν βάρος στη διάρκεια των γιορτών και ενώ δεν έχουν γυμναστεί ποτέ, θεωρούν ότι αυτή είναι η κατάλληλη ώρα να ξεκινήσουν έντονη γυμναστική, πράγμα που θα τους οδηγήσει μαθηματικά σε τραυματισμό της μέσης ή κάποιου άλλου σημείου του σώματός τους.

Είναι, λοιπόν, απαραίτητο, πρώτα να χάσουν το βάρος