

ΣΤΟΥΣ ΡΥΘΜΟΥΣ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ
ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ
HELLENIC HEART FOUNDATION



Τιμή πώλησης 0,01€

ΚΩΔΙΚΟΣ: 01-2510

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



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

Μαγνητική τομογραφία καρδιάς: παρόν και μέλλον

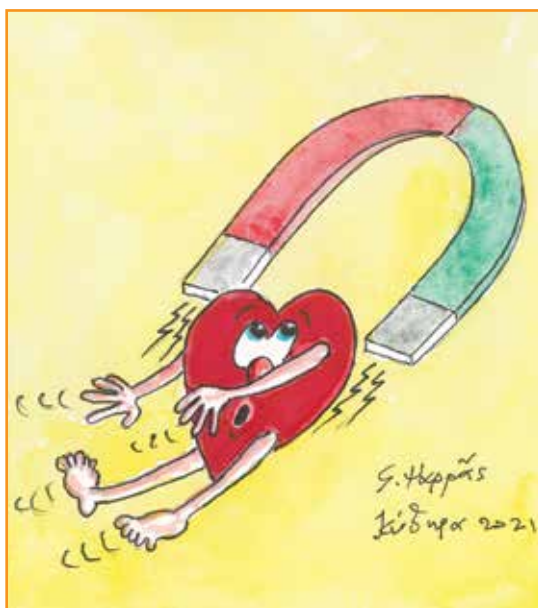
Νικόλαος Αλεξόπουλος

Υπεύθυνος Καρδιολόγος, Μονάδα Καρδιαγγειακής Απεικόνισης (CT/MRI), Ευρωκλινική Αθηνών

Η μαγνητική τομογραφία καρδιάς έχει πλέον καθιερωθεί ως ένα εξαιρετικά χρήσιμο εργαλείο στην εκτίμηση των περισσότερων καρδιακών παθήσεων. Μπορεί να βοηθήσει να τεθεί σωστή διάγνωση, να προσδιοριστεί η πρόγνωση των ασθενών (το πόσο κινδυνεύουν από μια πάθηση), να καθοριστεί η καλύτερη για αυτούς θεραπεία και να παρακολουθηθεί η ανταπόκρισή τους στις θεραπευτικές παρεμβάσεις.

Η εξέταση μπορεί να διενεργηθεί στα περισσότερα κέντρα μαγνητικής τομογραφίας που λειτουργούν στην Ελλάδα σήμερα, αρκεί να πληρούνται κάποιες προδιαγραφές και να υπάρχει κάποιος εξειδικευμένος καρδιολόγος στην μαγνητική καρδιάς ή ακτινολόγος για να γνωματεύει, ιδανικά δε να παρίστανται κιάλας και κατά τη διάρκεια της εξέτασης.

Η εξέταση δεν είναι δύσκολη για τον ασθενή, δεν είναι ωστόσο και τόσο απλή όσο ένα υπερηχογράφημα (τριπλεξ) καρδιάς. Διάρκει αρκετή ώρα (συνήθως από 45 έως 60 λεπτά) και απαιτεί τη συνεργασία του ασθενούς: ο ασθενής δεν πρέπει να κινείται κατά τη διάρκεια της εξέτασης και πρέπει να είναι ικανός να συγκρατεί την αναπνοή του για μερικά δευτερόλεπτα. Επίσης, θα πρέπει να γνωρίζουμε ότι σε ένα ποσοστό που μπορεί να φτάνει ακόμα και στο 10% των αν-



θρώπων, υπάρχει κλειστοφοβία και οι ασθενείς αυτοί δεν μπορούν να παραμείνουν στον μαγνητικό τομογράφο (οπότε θα πρέπει να τους χορηγηθεί καταστολή, που δημιουργεί τεχνικά προβλήματα στη λήψη των εικόνων, λόγω μη συκράτησης της αναπνοής). Επίσης, υπάρχουν ασθενείς που φέρουν μεταλλικά εμφυτεύματα τα οποία δεν είναι δυνατόν να μπου σε μαγνητικό τομογράφο. Εδώ θα πρέπει ωστόσο να σημειώσουμε ότι (α) όλα τα στεντ των στεφανιαίων είναι απολύτως συμβατά με μαγνητικό τομογράφο, (β) όλες οι μη μεταλλικές και οι μεταλλικές καρδιακές βαλβίδες είναι συμβατές με μαγνητικό τομογράφο (θα πρέπει οι ασθενείς να το γνωστοποιούν ωστόσο πριν τη διενέργεια της εξέτασης), (γ) όλο και περισσότεροι καρδιακοί βηματοδότες και απινιδωτές είναι πλέον συμβατοί με μαγνητικό τομογράφο (η εξέταση μπορεί όμως να πραγματοποιηθεί μόνο αν προηγηθεί ρύθμιση του βηματοδότη ή απινιδωτή από ειδικό). Σε κάποιες περιπτώσεις αρρυθμιών μπορεί να δημιουργηθούν προβλήματα στη λήψη των εικόνων, υπάρχουν όμως τρόποι να ξεπεραστούν σε κάποιο βαθμό στις περισσότερες περιπτώσεις. Τέλος, μπορεί να υπάρχουν ενδοαισμοί στη χορήγηση του σκιαγραφικού σε περιπτώσεις αλλεργίας ή σοβαρής νεφρικής ανεπάρκειας, όπου σε κάποιες περιπτώσεις δεν χορηγείται σκιαγραφικό, οπότε μερικές από τις πληροφορίες που λαμβάνουμε από την εξέταση δεν είναι δυνατόν να ληφθούν.

Ποιες πληροφορίες λαμβάνονται όμως από την μαγνητική καρδιά; Θα μπορούσαμε να πούμε ότι η μαγνητική καρδιά είναι ένα σούπερ υπερηχογράφημα καρδιάς (με ελάχιστες εξαιρέσεις όπου το υπερηχογράφημα σαφώς πλεονεκτεί). Με την μαγνητική μπορούμε να πάρουμε τις περισσότερες από τις πληροφορίες που λαμβάνουμε από ένα υπερηχογράφημα και να τις πάρουμε πολύ πιο αξιόπιστα. Μπορούμε να δούμε πώς είναι και πώς λειτουργεί η καρδιά, να μελετήσουμε τις καρδιακές βαλβίδες και να αξιολογήσουμε όλες τις καρδιακές δομές και τα μεγάλα αγγεία, όπως την αορτή. Σήμερα, η μαγνητική καρδιά είναι π.χ. η πιο αξιόπιστη μέθοδος για την εκτίμηση του κλάσματος εξώθησης της αριστερής και της δεξιάς κοιλίας.

Όμως η μαγνητική κάνει πολύ περισσότερα από αυτό, επειδή είναι σε θέση να «δει» την φλεγμονή και την ίνωση που μπορεί να υπάρχει σε μια καρδιά, πληροφορίες που δεν μπορούμε να πάρουμε ταυτόχρονα και στον ίδιο βαθμό με καμία άλλη απεικονιστική τεχνική. Έτσι, η μαγνητική καρδιά είναι από τις πιο χρήσιμες εξετάσεις για την εκτίμηση των φλεγμονωδών καρδιακών παθήσεων, με πιο συχνό παράδειγμα την οξεία μυοκαρδίτιδα. Αυτό είναι γνωστό εδώ και

δεκαετίες για τη μυοκαρδίτιδα από ιού, από άλλους λοιμώδεις παράγοντες ή από συστηματικά νοσήματα (π.χ. από συστηματικό ερυθηματώδη λύκο ή σαρκοειδωση), πρόσφατα ωστόσο αναδείχθηκε η χρησιμότητα της μαγνητικής καρδιάς και στη μελέτη των ασθενών με COVID-19, όταν υπάρχουν ενδείξεις μυοκαρδιακής βλάβης. Θα μπορούσαμε να παραθέσουμε και να επεξηγήσουμε όλες τις καρδιακές παθήσεις όπου παρατηρείται φλεγμονή και ίνωση στην καρδιά (π.χ. μυοκαρδιοπάθειες, οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου), αλλά θα χρειαζόμασταν πολύ μελάνι για να τις περιγράψουμε, οπότε καλύτερα να προχωρήσουμε.

Χάρη στην ικανότητά της να κάνει χαρακτηρισμό ιστών τόσο με τις T1 και T2 ακολουθίες και τη χορήγηση σκιαγραφικού όσο και με τις νεότερες τεχνικές, που κάνουν χαρτογράφηση των χρόνων T1 και T2 του μυοκαρδίου η μαγνητική είναι πολύ χρήσιμη εξέταση για τη διερεύνηση μαζών, όπως όγκων, θρόμβων κ.τ.λ.. Όπως πολύ χρήσιμη είναι για την εκτίμηση της ποσότητας του σιδήρου που έχει εναποτεθεί στο μυοκάρδιο σε ασθενείς με αιμοχρωμάτωση ή πιο συχνά σε ασθενείς με μεσογειακή αναιμία.

Η μελέτη των στεφανιαίων με μαγνητική στεφανιογραφία είναι επικτή, αλλά οφείλουμε να ομολογήσουμε ότι η αξονική (και όχι η μαγνητική) στεφανιογραφία κρατάει τα σκήπτρα ανάμεσα στις μη επεμβατικές εξετάσεις για τη διερεύνηση της ανατομίας των στεφανιαίων. Αυτό που μπορεί, όμως, να γίνει με την μαγνητική με εξαιρετικά αποτελέσματα είναι η εκτίμηση του κατά πόσο υπάρχει ισχαιμία στην καρδιά σε συνθήκες στρες. Μπορεί δηλαδή να διενεργηθεί στρες MRI, όπως διενεργείται στρες ηχοκαρδιογράφημα (stress echo), με την ίδια όμως ή και μεγαλύτερη διαγνωστική ακρίβεια.

Εκτός από την καρδιά, μεγάλο είναι το διαγνωστικό όφελος της μαγνητικής και στις παθήσεις των μεγάλων αγγείων, κυρίως της αορτής. Ειδικά για τα ανευρύσματα της ανιούσας αορτής που χρήζουν ετήσιας παρακολούθησης η μαγνητική αγγειογραφία (πιθανώς σε συνδυασμό και με την μαγνητική καρδιά όπου υπάρχει ένδειξη) είναι μια ασφαλής και χωρίς ακτινοβολία εξέταση που προτιμάται σε μικρής ηλικίας ασθενείς.

Αυτές και άλλες, που δεν αναφέρθηκαν, είναι οι ενδείξεις για τη διενέργεια μαγνητικής καρδιάς και οι κυριότερες πληροφορίες που μπορούμε να πάρουμε από την εξέταση αυτή σήμερα. Τι περιμένουμε όμως από την μαγνητική καρδιά στο μέλλον; Θα λέγαμε ότι περιμένουμε 4 κυρίως πράγματα: (α)

συνέχεια στη σελ. 8 ▶

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: Γ. Γκουμάς

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΥΛΗΣ: Κ. Τούτουζας

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

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟΥ: Alta Grafico A.E.

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

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ: Γ. Ανδρικόπουλος, Κ. Θωμόπουλος, Γ. Κολοβού, Ι. Μπαρμπετσάς, Δ. Ρίχτερ, Ντ. Σιαλβέρα, Β. Σπανός.

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ: Γ. Καλλιούπη, Μ. Πομόνη

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

Ενήλικες ασθενείς με συγγενή καρδιοπάθεια: Ένας αυξανόμενος πληθυσμός.

Μαρία Δρακοπούλου

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

Μιχάλης Γκατζούλης

Καθηγητής Καρδιολογίας, Τμήμα Συγγενών Καρδιοπαθειών και Πνευμονικής Υπέρτασης,
Νοσοκομείο Royal Brompton, Λονδίνο, Αγγλία

Οι συγγενείς καρδιοπάθειες περιλαμβάνουν παθήσεις, κατά τις οποίες η καρδιά ή/και τα μεγάλα αγγεία δεν σχηματίστηκαν σωστά κατά την εμβρυϊκή ζωή (εμβρυο-γένεση). Εμφανίζονται σε περίπου 8-10 παιδιά ανά 1.000 γεννήσεις και μπορούν να διαγνωσθούν κατά τη βρεφική, νεογνική, παιδική ή την ενήλικη ζωή, ανάλογα με τη βαρύτητα της πάθησης.

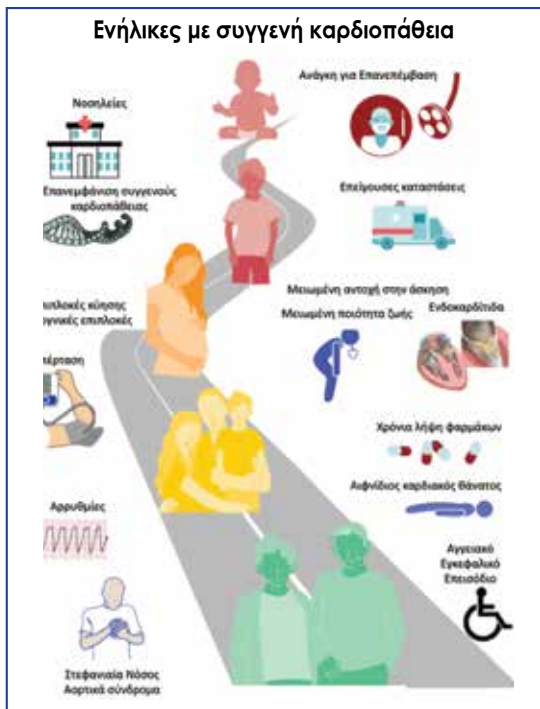
Ενώ στο παρελθόν η επιβίωση των ασθενών που γεννιούνται με συγγενή καρδιοπάθεια ήταν περίπου 15% μέχρι την ενηλικίωση, οι αξιολογούμενες εξελίξεις στην παιδιατρική καρδιολογία, στην καρδιοχειρουργική και στην επεμβατική καρδιολογία, οδήγησαν σε αύξηση του ποσοστού αυτού σε περισσότερο από 90%. Αυτό είχε ως επακόλουθο να μεταποτισθεί ο επιπολασμός των ασθενών με συγγενή καρδιοπάθεια στις ημέρες μας από τα βρέφη και τα παιδιά στους ενήλικες. Μάλιστα, σε καταγραφή της Ευρωπαϊκής Ένωσης, το 2008, φάνηκε για πρώτη φορά, ότι ο αριθμός των ενήλικων ασθενών με συγγενή καρδιοπάθεια ξεπέρασε τον αριθμό των παιδιών. Ως εκ τούτου, η καρδιολογία των συγγενών καρδιοπαθειών δεν περιλαμβάνει μόνο τον παιδιατρικό πληθυσμό και νεαρούς ή μέσης ηλικίας ασθενείς, αλλά και ασθενείς άνω των 60 ετών (Εικόνα).

Παιδιατρικοί ασθενείς. Η πορεία των παιδιών που γεννιούνται με συγγενή καρδιοπάθεια αποτελεί μία πραγματική ιστορία επιτυχίας της σύγχρονης ιατρικής. Οι συγγενείς καρδιοπάθειες, στην πλειονότητά τους, είναι αντιμετωπίσιμες με καλό προσδόκιμο επιβίωσης. Στα μισά περίπου παιδιά που γεννιούνται με συγγενή καρδιοπάθεια, η πάθηση δεν είναι ιδιαίτερης βαρύτητας και το πρόσωπο μπορεί να φθάσει στην ενήλικη ζωή χωρίς ιατρική παρέμβαση. Στα υπόλοιπα παιδιά θα χρειαστεί κάποια μορφή θεραπείας, συντηρητική ή και χειρουργική. Η χειρουργική θεραπεία μπορεί να είναι θεραπευτική (διορθωτική της βλάβης) και αυτό συνήθως γίνεται στις μονήρεις ανωμαλίες, ενώ στις σύνθετες (σύμπλοκες) καρδιοπάθειες συνήθως προηγείται μια ανακουφιστική επέμβαση και μετά, σε δεύτερο χρόνο και εφόσον είναι εφικτό, θα ακολουθήσει η πλήρης διορθωτική επέμβαση.

Ενήλικοι ασθενείς. Στις ημέρες μας η καλή πορεία των ενήλικων ασθενών με συγγενή καρδιοπάθεια πρέπει να διασφαλίζεται με την ειδική φροντίδα και δια βίου καρδιολο-



γική παρακολούθηση από εξειδικευμένα κέντρα. Η ανάγκη για σωστή παρακολούθηση αποκτά ιδιαίτερη σημασία, αν σκεφτεί κανείς ότι πολλά από τα προβλήματα, είτε υποεκτιμώνται είτε είναι υποκλινικά, δεν γίνονται αντιληπτά από τους ασθενείς. Κατά περίπτωση και ανάλογα με την ανατομία, τη βαρύτητα της νόσου αλλά και τη θεραπευτική αντιμετώπιση κατά την παιδική ηλικία, αρκετοί από τους ενήλικους ασθενείς θα χρειαστεί να υποβληθούν σε περισσότερες επεμβάσεις, λόγω υπολειπόμενης νόσου ή εξέλιξης της νόσου. Επιπρόσθετα, κάποιοι μπορεί να εκδηλώσουν αρρυθμίες ή ακόμα και καρδιακή ανεπάρκεια, που αν δεν αντιμετωπισθούν κατάλληλα θα οδηγηθούν σε αυξημένο κίνδυνο για δυσμενή συμβάματα. Επιπλέον, καθώς οι ενήλικοι ασθενείς με συγγενή καρδιοπάθεια φτάνουν σε μεγαλύτερη ηλικία, επίκτητες καρδιακές (στεφανιαία νόσος, πνευμονική εμβολή) και μη καρδιακές παθήσεις (σακχαρώδης διαβήτης, νεφρική ανεπάρκεια) και επιπρόσθετες συννοσηρότητες (ογκολογικά προβλήματα) καθίστανται ολοένα και πιο συχνές και επηρε-



άζουν την ποιότητα ζωής και την τελική έκβαση.

Διαγνωστική προσέγγιση. Η εξέλιξη της τεχνολογίας, τα τελευταία χρόνια, έχει οδηγήσει στην ανάπτυξη πολλών διαγνωστικών μεθόδων για την ορθή παρακολούθηση των ασθενών αυτών. Πλέον υπάρχουν σαφείς διεθνείς οδηγίες για τη σωστή επιλογή των τεχνικών, καθώς και τους χρόνους στους οποίους πρέπει να γίνονται οι έλεγχοι. Η τακτική καρδιολογική παρακολούθηση των ασθενών αυτών από εξειδικευμένα κέντρα περιλαμβάνει πάντα τη λήψη λεπτομερούς ατομικού ιστορικού, την κλινική εξέταση, τη διενέργεια ηλεκτροκαρδιογραφήματος, την ακτινογραφία θώρακος και το υπερηχογράφημα καρδιάς. Κατά περίπτωση ο έλεγχος περιλαμβάνει την καρδιοαναπνευστική δοκιμασία κόπωσης, η οποία δίνει σημαντικές πληροφορίες για τα συμπτώματα του ασθενούς και την αντοχή στην κόπωση (λειτουργικό στάδιο). Πράγματι, η αντικειμενικοποίηση της ικανότητας για άσκηση με την εξέταση αυτή, σε ενήλικες ασθενείς με συγγενή καρδιοπάθεια, έχει σημαντικό προγνωστικό ρόλο και σήμερα χρησιμοποιείται στην κλινική πρακτική ως εξέταση ρουτίνας. Παρουσιάζει, δε, ιδιαίτερο ενδιαφέρον, ότι η κακή ικανότητα για άσκηση αποτελεί δυσμενή προγνωστικό παράγοντα σε ενήλικους ασθενείς με συγγενή καρδιοπάθεια. Σημαντική, επίσης, είναι η συνδρομή της εξέτασης αυτής, ως προς την κατάσταση και την εξέλιξη της νόσου, το χρόνο παρέμβασης, την ανταπόκριση στη θεραπεία και τον αρρυθμιολογικό κίνδυνο. Πέραν της καρδιοαναπνευστικής κόπωσης, ο αρρυθμιολογικός κίνδυνος συχνά εκτιμάται με την καταγραφή Holter ρυθμού. Είναι γνωστό πλέον, ότι σε ενήλικες ασθενείς με συγγενή καρδιοπάθεια μπορεί να διαπιστωθεί όλο το φάσμα των αρρυθμιών. Εκτιμάται ότι περίπου οι μισοί νεαροί ενήλικοι ασθενείς με συγγενή καρδιο-

πάθεια θα αναπτύξουν υπερκοιλιακή ταχυκαρδία, με συνηθέστερη την ταχυκαρδία επανεισόδου, ενώ ο επιπολασμός της κοιλιακής μαρμαρυγής αυξάνεται, καθώς οι ασθενείς με συγγενή καρδιοπάθεια μεγαλώνουν. Πιο σοβαρές είναι οι κοιλιακές αρρυθμίες, που θεωρούνται πλέον ως η κύρια αιτία αιφνίδιου καρδιακού θανάτου. Σημαντικά εργαλεία στη διάγνωση των ασθενών αποτελούν και οι νεότερες απεικονιστικές τεχνικές (πέραν του υπερηχογραφήματος καρδιάς), όπως είναι η μαγνητική τομογραφία καρδιάς (MRI) και η αξονική τομογραφία καρδιάς (CT), που δύνανται να χρησιμοποιηθούν κατά περίπτωση, ανάλογα με την πάθηση και τη σοβαρότητα της νόσου. Τέλος, κάποιες φορές ενδέχεται να απαιτούνται πιο ειδικές επεμβατικές εξετάσεις, οι οποίες περιλαμβάνουν τον καρδιακό καθετηριασμό, την αγγειογραφία ή/και τον ηλεκτροφυσιολογικό έλεγχο.

Θεραπευτική αντιμετώπιση. Η θεραπευτική αντιμετώπιση των ενήλικων ασθενών με συγγενή καρδιοπάθεια αποτελεί μία συνεχή πρόκληση. Οι θεραπευτικές αποφάσεις στις συγγενείς καρδιοπάθειες πρέπει να είναι συλλογικές και να προέρχονται από εξειδικευμένη ιατρική ομάδα διαφόρων ειδικοτήτων. Η χειρουργική ή/και η επεμβατική θεραπεία έχουν σαφή ρόλο, ανάλογα με το καρδιολογικό υπόστρωμα και τη βαρύτητα της νόσου, ενώ σε πολλές περιπτώσεις η μία θεραπεία έρχεται να συμπληρώσει την άλλη. Η συντηρητική θεραπεία με χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής είναι σε μεγάλο βαθμό εμπειρική σε ενήλικους ασθενείς με συγγενή καρδιοπάθεια. Ειδικότερα, στην ομάδα των ασθενών με συνυπάρχουσα καρδιακή ανεπάρκεια, η θεραπεία καρδιακού επανασυγχρονισμού, δηλαδή η τοποθέτηση αμφικοιλιακού συστήματος απινιδωτή, χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο. Τέλος, η μηχανική υποβοήθηση και η μεταμόσχευση καρδιάς παραμένουν επιλογές σε καρδιακή ανεπάρκεια τελικού σταδίου, όταν έχουν εξαντληθεί οι άλλες στρατηγικές διαχείρισης.

Εξειδικευμένα κέντρα. Οι ενήλικες με συγγενή καρδιοπάθεια δεν είναι πλέον σπάνιοι, αλλά φαίνεται ότι θα αυξηθούν περαιτέρω τα επόμενα χρόνια. Οι περισσότεροι από τους ασθενείς αυτούς χρειάζονται ειδική φροντίδα και διαβίου παρακολούθηση και πρέπει να αντιμετωπίζονται σε εξειδικευμένα κέντρα, που διαθέτουν όλες τις ιατρικές ειδικότητες. Σκοπός των εξειδικευμένων κέντρων θα πρέπει να είναι η πλήρης αξιολόγηση της κλινικής κατάστασης των ασθενών, η ενημέρωσή τους σχετικά με την πάθησή τους, την πρόγνωσή τους, τον οικογενειακό προγραμματισμό/ αντισύλληψη και θέματα τρόπου ζωής. Ιδιαίτερη σημασία έχει η εκπαίδευση των ενήλικων ασθενών με συγγενή καρδιοπάθεια για διατήρηση υγιεινού τρόπου ζωής, με σωστές διατροφικές συνήθειες, διατήρηση σωματικού βάρους στα φυσιολογικά όρια και ένταξη στον αθλητισμό για τη διατήρηση της φυσικής κατάστασης. Οι εκπαιδευμένοι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα να αναλάβουν την ευθύνη για τη ζωή και τη φροντίδα τους και να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων, όταν πρόκειται για σημαντικές παρεμβάσεις. Στα κέντρα, ακόμα πρέπει να παρέχονται εξατομικευμένες

Όταν η καρδιά σταματά... Το φιλί της Ζωής;

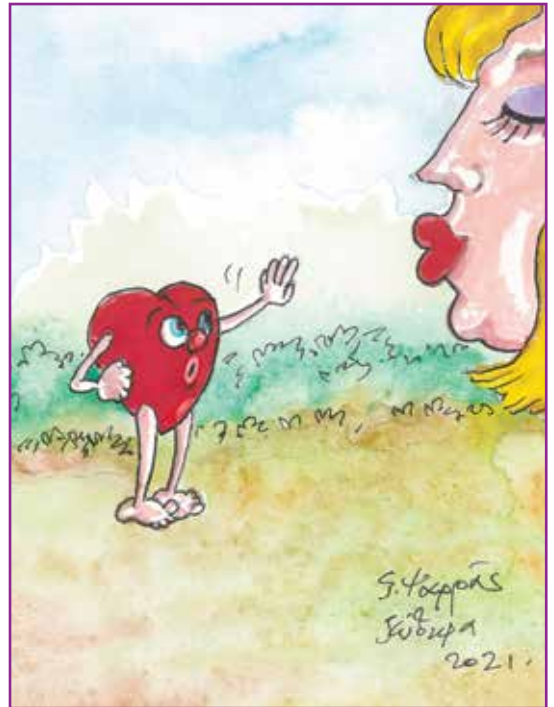
Ανδρέας Συνετός

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

Η ιστορία είναι λίγο πολύ γνωστή, και, δυστυχώς, επαναλαμβάνεται συχνά, είναι δε από τα λίγα γεγονότα τα οποία θα συμβούν σίγουρα στη ζωή μας. Το τέλος της ζωής είναι αναπόφευκτο, συμβαδίζει με το σταμάτημα της λειτουργίας της καρδιάς και σε ορισμένες περιπτώσεις είναι πλήρως αποδεκτό και μη αναστρέψιμο. Τί γίνεται, όμως, στην περίπτωση που αυτό έρθει πρώιμα, από μια κακιά, ατυχή στιγμή, σε έναν άνθρωπο σε νεαρή ηλικία, με εφεδρείες, και το αίτιο είναι αναστρέψιμο; Για παράδειγμα, σε ένα οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, το απότομο κλείσιμο μιας αρτηρίας της καρδιάς μπορεί να οδηγήσει σε μια θανατηφόρα αρρυθμία, η οποία θα επιφέρει το θάνατο του πάσχοντος, πριν αυτός προλάβει να πάει σε νοσοκομείο και να υποβληθεί σε διάνοϊξη της αρτηρίας με τοποθέτηση stent. Σε μια τέτοια περίπτωση, η γρήγορη έναρξη της καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης της λεγόμενης ΚΑΡΠΑ, μπορεί να οδηγήσει στη διατήρηση της καρδιακής παροχής μέχρι να έρθει η εξειδικευμένη βοήθεια, που τις περισσότερες φορές είναι το πλήρωμα του ασθενοφόρου ή ο ειδικός ιατρός.

Ο όρος ΚΑΡΠΑ σημαίνει «καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση» και είναι η διαδικασία που χρησιμοποιείται σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, για να προσπαθήσουμε να βοηθήσουμε τον ασθενή να αποκατασταθεί από την καρδιακή ανακοπή (όταν δηλαδή η καρδιά του έχει σταματήσει να χτυπάει επαρκώς, έτσι ώστε να εξασφαλίσει φυσιολογική ροή του αίματος) και χρησιμοποιείται όταν ο ασθενής δεν αναπνέει. Η ΚΑΡΠΑ μπορεί να πραγματοποιηθεί σε νοσοκομείο από ιατρούς ειδικούς ή και από πρόσωπα άλλα που δεν έχουν ιατρική εκπαίδευση. Η διαδικασία της ΚΑΡΠΑ εμπереύει τη χρήση θωρακικών συμπιέσεων (μαλάξεων), πράγμα που σημαίνει ότι το στήθος ωθείται από τα χέρια του ανανήπτη προς τα κάτω, αυτό πρέπει να γίνεται με ρυθμό 100 ανά λεπτό, σε μια προσπάθεια να αντλήσει το αίμα με το χέρι μέσω των βαλβίδων της καρδιάς και έτσι να ξαναρχίσει την κυκλοφορία. Μετά τη χορήγηση 30 συμπιέσεων, ο ανανήπτης πρέπει να παρέχει 2 εμφυσήσεις στο στόμα του θύματος, κρατώντας κλειστή τη μύτη του, ώστε να χορηγηθεί όσο το δυνατό πιο αποτελεσματικά οξυγόνο. Η χρήση αυτού του επονομαζόμενου και φιλιού της ζωής, έχει την τάση να μειωθεί ή ακόμα και να καταργηθεί, ειδικά μέσα στη σύγχρονη πανδημία του Covid-19.

Σε αντίθεση με τη γενική πεποίθηση, η κύρια πρόθεση του ΚΑΡΠΑ δεν είναι η επανεκκίνηση της καρδιάς - κάτι που είναι σχετικά σπάνιο φαινόμενο. Μάλλον ο στόχος της χορήγησης ΚΑΡΠΑ είναι να επιστρέψει η ροή του αίματος και του οξυγόνου στο σώμα και στους περιφερικούς ιστούς, κάτι



που μπορεί να βοηθήσει στην καθυστέρηση του θανάτου των ιστών και των εγκεφαλικών βλαβών. Η ΚΑΡΠΑ μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μέσο για τη συνέχιση της ροής του αίματος στον οργανισμό, έως ότου μπορεί να χρησιμοποιηθεί απινιδισμός - η χορήγηση ηλεκτρικού ρεύματος για την αποκατάσταση του επιθυμητού καρδιακού ρυθμού. Ωστόσο, η απινίδωση μπορεί να χρησιμοποιηθεί επιτυχώς μόνο όταν το θύμα έχει έναν συγκεκριμένο καρδιακό ρυθμό, μια συγκεκριμένη αρρυθμία, δηλαδή, πριν από το σοκ - που μπορεί να είναι: κοιλιακή μαρμαρυγή ή κοιλιακή ταχυκαρδία χωρίς παλμούς. Σε ορισμένες καταστάσεις, εάν το πρόσωπο δεν έχει το σωστό καρδιακό ρυθμό που είναι απαραίτητο για την απινίδωση, είναι μερικές φορές δυνατόν η ίδια η απινίδωση να το βάλει σε αυτή την κατάσταση.

Η ιστορία της ΚΑΡΠΑ ξεκινά τον 19ο αιώνα, όταν ο Δρ HR Silvester πρώτος χρησιμοποίησε μια μέθοδο τεχνητής αναπνοής, που ονομάστηκε «μέθοδος Silvesten», που περιλάμβανε την τοποθέτηση του ασθενούς στην πλάτη του, με τα χέρια πάνω από το κεφάλι του, και έπειτα πρίζοντάς τα στο στήθος για να προκαλέσει εκπνοή του θύματος. Η τότε σύσταση ήταν να επαναληφθεί δεκαέξι φορές το λεπτό.

Είναι ενδιαφέρον, ότι μπορείτε να δείτε αυτή τη μέθοδο να χρησιμοποιείται σε μερικές παλιές ταινίες.

Αργότερα αυτό αναπτύχθηκε στην «τεχνική Holger Nielson», η οποία ήταν μια τεχνική που απεικονίστηκε για πρώτη φορά στην έκδοση 1911 του εγχειριδίου Scout Boy, η οποία και αυτή βασιζόταν στην τοποθέτηση θύματος με το πρόσωπο και το μέτωπο προς το έδαφος, με τον ανανήπτη να τοποθετεί τις παλάμες τους στην πλάτη του θύματος και την άσκηση πίεσης εναλλάξ με φορά προς το κεφάλι και προς την οσφύ, ώστε προκαλέσει την ώθηση του αέρα προς τους πνεύμονες. Η μέθοδος αυτή συνεχίστηκε να χρησιμοποιείται μέχρι τα μέσα του 20ου αιώνα και μπορεί, αντίστοιχα, να τις δει κάποιος και πάλι σε πολλές τηλεοπτικές σειρές και ταινίες της εποχής. Αυτές οι τεχνικές ωστόσο ήταν περισσότερο διαδεδομένες σε μικρές ομάδες ιατρών, και δεν κέρδισαν ποτέ ευρεία αποδοχή σε όλη την ιατρική κοινότητα.

Στα μέσα του 20ου αιώνα ξεκίνησε να διαμορφώνεται το μοντέλο της καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης, με τη μορφή που το ξέρουμε σήμερα, με τη χρήση της τεχνητής αναπνοής σε συνδυασμό με τις συμπιέσεις και φυσικά ανα-

πύχθηκε έτσι ώστε στις ημέρες μας να υπάρχουν ειδικές συσκευές εξωτερικών συμπιέσεων, που παρέχουν σταθερές συμπιέσεις για να διατηρήσουν επαρκή παροχή αίματος στους ιστούς του ανθρώπου που βρίσκεται σε ανακοπή.

Τα τελευταία χρόνια έχει διαπιστωθεί, ότι η χορήγηση ΚΑΡΠΑ, ακόμα και από ανθρώπους που δεν έχουν σχέση με τα επαγγέλματα υγείας, σε θύματα ανακοπής έχει ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της επιβίωσης των θυμάτων, που κάτω από άλλες συνθήκες θα είχαν αποβιώσει. Σε πολλές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και στις ΗΠΑ, υπάρχουν απινιδωτές σε κοινά προσβάσιμα σημεία, διαθέσιμα στο κοινό για τη χρησιμοποίησή τους κατά τη διάρκεια μιας ανακοπής, ενώ το κοινό συχνά εκπαιδεύεται, έτσι ώστε να μην αδιαφορεί και κυρίως να μη φοβάται να ξεκινήσει ή να συμμετάσχει στη διαδικασία σωτηρίας ενός θύματος, το οποίο αν το αφήσεις στη μοίρα του είναι βέβαιο ότι θα καταλήξει. Έτσι και στη χώρα μας, η ενημέρωση και η εκπαίδευση του κοινού έχει τον τελευταίο καιρό βρεθεί στο προσκήνιο της καρδιολογικής και ιατρικής κοινότητας, με μοναδικό στόχο την παροχή του μοναδικού δώρου της ζωής. 📍

▶ συνέχεια από τη σελ. 4 | στην Ελλάδα ...και τον κόσμο

προσεγγίσεις, ξεκινώντας από τον προγεννητικό έλεγχο και τον προγραμματισμό έως την παιδική ηλικία, με σαφώς προβλεπόμενη μετάβαση στη φροντίδα ενηλίκων και στη διά βίου παρακολούθηση. Τέλος, θα πρέπει να υπάρχει η δυνατότητα της εξ αποστάσεως παρακολούθησης των ασθενών, χρησιμοποιώντας τις τρέχουσες νέες τεχνολογίες, συμπεριλαμβανομένης της τεχνητής νοημοσύνης, έτσι ώστε να παρέχονται οι υπηρεσίες σε ασθενείς που διαμένουν σε μακρινές αποστάσεις ή σε περιόδους πανδημίας, όπως η περίοδος που διανύουμε. Τα κέντρα αυτά ταυτόχρονα είναι κέντρα εκπαίδευσης και κατάρτισης νέων

γενεών σε συγγενείς καρδιοπαθείς, κέντρα έρευνας και καινοτομίας, όλα απαραίτητα στοιχεία για την σωστότερη αντιμετώπιση του αυξανόμενου αριθμού συγγενών καρδιοπαθειών ενηλίκων.

Τέλος, η ιατρική πρέπει να εξασφαλίσει περισσότερους πόρους, να καλωσορίσει περισσότερους ανθρώπους στο ήδη ευρύ καρδιαγγειακό πεδίο των συγγενών καρδιοπαθειών, να μάθει από το «βαδίζοντας με τους ασθενείς» και να εκπαιδεύσει καλύτερους ιατρούς, ασθενείς και το κοινό, έτσι ώστε να διατηρηθεί η εκπληκτική αυτή επιτυχημένη θεραπευτική αντιμετώπιση των συγγενών καρδιοπαθειών. 📍

▶ συνέχεια από τη σελ. 14 | άσκηση - γυμναστική - σπορ

της αναπνοής, διότι μπορεί να οδηγήσει σε μεγάλες διακυμάνσεις της αρτηριακής πίεσης. Οι ασκήσεις διατάσεων να πραγματοποιούνται μετά από ενδεδειγμένη προθέρμανση είτε αρχικά ως μέρος ενός προγράμματος διορθωτικής άσκησης, είτε στο τέλος του προγράμματός σας.

Ιδανικά, τα υπερτασικά πρόσωπα πρέπει να ασκούνται αερόβια πέντε έως έξι φορές την εβδομάδα ανάλογα με το αρχικό προπονητικό τους επίπεδο, συμπεριλαμβάνοντας 2-3 προπονητικές μονάδες αντιστάσεων και ευλυγισίας. Η συνολική διάρκεια της άσκησης πρέπει να κυμαίνεται από 30 έως 60 λεπτά, ενώ τα πρόσωπα με χαμηλότερο προπονητικό επίπεδο πρέπει να ξεκινούν με μικρότερες χρονικές περιόδους (10 έως 15 λεπτά) και σταδιακά (προσαυξήσεις 5 λεπτών κάθε 2 έως 4 εβδομάδες) αυξάνονται έως το στόχο των 30-60 λεπτών.

Χρησιμοποιώντας μηχανήματα, ελεύθερα βάρη ή ακόμη και το ίδιο μας το σώμα μπορούμε να εκτελέσουμε 2-4 σειρές των 8-12 επαναλήψεων, με ένταση που να μην ξεπερνά το 60-70% του μέγιστου φορτίου άσκησης-1Rep Max (1RM). Ηλικιωμένα πρόσωπα μπορούν να ξεκινήσουν από το 40-50%

του 1RM. Ο κίνδυνος επιπλοκών σε ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο, εκπέμπει μεγάλη ανησυχία σε μεσήλικες και ηλικιωμένους, και μπορεί να ελαχιστοποιηθεί με: (α) μετά τις διαδικασίες ελέγχου και αξιολόγησης (β) έναρξη ενός νέου προγράμματος άσκησης σε ελαφριά έως μέτρια ένταση και (γ) τη σταδιακή εξέλιξη της ποσότητας και της ποιότητας της άσκησης. Διατάσεις με χαρακτήρα στατικό, δυναμικό ή PNF, μέχρι το σημείο που νιώθουμε άνετα και για διάρκεια 10-30 δευτερολέπτων, θα ήταν ιδανική επιλογή για την ολοκλήρωση του ημερήσιου προγράμματος.

Οι καθιστικές συμπεριφορές μπορεί να έχουν δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία, ακόμη και σε όσους ασκούνται τακτικά. Επιπλέον, υπάρχουν αυξανόμενες ενδείξεις, ότι η ταυτόχρονη μείωση του καθιστικού χρόνου οδηγεί σε οφέλη για την υγεία, που είναι πρόσθετα στην άσκηση. Η καθιστική συμπεριφορά επηρεάζει αρνητικά τους καρδιομεταβολικούς δείκτες, τη σύνθεση του σώματος και τη φυσική λειτουργία, και αυτό μπορεί να μετριαστεί από σύντομα διαλείμματα Φυσικής Δραστηριότητας. 📍

Στην εποχή του τρίτου κύματος του κορωνοϊού

Βασίλειος Σπανός

Διευθυντής Αιμοδυναμικού Εργαστηρίου, Κέντρο Καρδιάς & Αγγείων, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών

Το τρίτο κύμα, τελευταίο πριν την επίτευξη ανοσίας;

Γράφοντας στη στήλη «Επικαιρα & Άλλα», τους τελευταίους μήνες, είναι λογικό να αναπαράγουμε, σχεδόν απολειστικά, πληροφορίες, σκέψεις και συστάσεις σχετικές με την πανδημία που ενέσχυε στην υφήλιο από το Φεβρουάριο του 2020. Τότε, δηλαδή, που για πρώτη φορά ακούσαμε σχετικά με την ύπαρξη ενός δυνητικά θανάσιμου κορωνοϊού, που είχε ξεκινήσει από μια επαρχία της Κίνας και είχε ήδη εισχωρήσει σε οίκους ευγηρίας και νοσοκομεία της Λομβαρδίας στη βόρειο Ιταλία.

Στο τελευταίο σημείωμα μας στους «Ρυθμούς της Καρδιάς» εστιάσαμε την προσοχή μας στην απαραίτητη προετοιμασία για την αντιμετώπιση ενός νέου κύματος της επιδημίας, το οποίο αναπότρεπτα θα ακολουθούσε την καλοκαιρινή ραστώνη. Πράγματα έγιναν και άλλα δεν έγιναν, ώστε να βρεθούμε, κατά το δυνατόν, θωρακισμένοι σε αυτό το «δεύτερο κύμα» της πανδημίας. Την ώρα που γράφονται αυτές οι γραμμές, πολλοί ομιλούν για «τρίτο κύμα», αλλά ευτυχώς εξακολουθούμε να μην έχουμε ζήσει την απόλυτη ανασφάλεια και την ανημπόρεια των κατοίκων της βόρειας Ιταλίας ή της Ισπανίας ή ακόμα της πολιτείας της Νέας Υόρκης στις αρχές του 2020.

Το οικονομικό κόστος πάντως είναι πρωτοφανές, προσωρινά αντιρροπούμενο, τουλάχιστον εν μέρει, από την κρατική αρωγή προς τις επιχειρήσεις που πλήττονται και τους εργαζόμενους σε αυτές. Δυστυχώς, προχωράμε σε περιορισμούς δραστηριοτήτων, με τη συνακόλουθη παύση μεγάλου μέρους της οικονομικής δραστηριότητας, ναρτίτερα από χώρες με πιο εύρωστες υγειονομικές δομές, οπότε μεγαλώνει το οικονομικό κόστος. Παρόλο που οι κλίνες στις μονάδες εντατικής θεραπείας αυξήθηκαν, εξακολουθούν να υπολείπονται του ευρωπαϊκού μέσου όρου, κυρίως εξαιτίας της ένδειας εξειδικευμένου προσωπικού, που προϋποθέτει η λειτουργία τους. Τα δε μέτρα περιορισμού, που κάθε φορά αποφασίζονται, δεν επιβραδύνουν την εξάπλωση του ιού παρά δύο εβδομάδες αργότερα, στην καλύτερη των περιπτώσεων, αφού η μετάλλαξη, που πρόσφατα ονομάστηκε «βρετανική», αποδεικνύεται πως έχει μεγαλύτερη μεταδοτικότητα από την αρχική μορφή του ιού. Αυτή η μετάλλαξη, σε συνδυασμό με την αναπόφευκτη κόπωση των πολιτών, συντελεί στη μειωμένη απόδοση των μέτρων περιορισμού κατά το λεγόμενο «τρίτο κύμα» της πανδημίας στη χώρα μας, με την Αττική σε ρόλο πρωταγωνιστή.

Πολύ κοντά στην ανοσία ικανού μέρους του πληθυσμού.

Την ώρα που γράφονται αυτές οι γραμμές, μόλις το 5% των ελλήνων πολιτών έχει ολοκληρώσει τον εμβολιασμό του,



αλλά αυτό το γεγονός, δηλαδή η επιτυχής ανάπτυξη πληθώρας αποτελεσματικών και ασφαλών εμβολίων, είναι που διαφοροποιεί εντελώς την πορεία της πανδημίας. Πρόκειται για ένα αξιοθαύμαστο επίτευγμα της σύγχρονης επιστήμης, το οποίο δεν έμοιαζε καθόλου σίγουρο στην αρχή του 2020, και είναι αποτέλεσμα της αλματώδους ανάπτυξης της σχετικής τεχνογνωσίας. Θεωρείται μάλιστα, πως η καινοτόμα διαδικασία παρασκευής κάποιων εμβολίων, μέσω αγγελιοφόρου RNA (mRNA), ανοίγει νέους δρόμους στη θεραπεία πολλών διαφορετικών νοσημάτων στο μέλλον. Η ίδια τεχνολογία άλλωστε παρέχει τη δυνατότητα παρασκευής πολύ μεγάλων ποσοτήτων δόσεων του εμβολίου σε μικρό χρονικό διάστημα, καθώς και την ταχύτερη τροποποίηση τους, ώστε να αντιμετωπίσουν ενδεχόμενες μεταλλάξεις του ιού.

Οι καθ' ύλην αρμόδιοι, επιδημιολόγοι και λοιμοξολόγοι, βλέπουν πλέον ήδη ένα τέλος στην πανδημία μετά τον επιτυχή εμβολιασμό του μεγαλύτερου μέρους του παγκόσμιου πληθυσμού. Στη χώρα μας φαίνεται, πως μέσα στους καλοκαιρινούς μήνες θα έχουμε φτάσει σε επίπεδα ανοσίας, που καθιστούν την επέλαση του κορωνοϊού αλγινή ανάμνηση. Οι προβλέψεις για την εξέλιξη της συμβίωσης μας μαζί του στο εφεξής κυμαίνονται από τη μετατροπή του σε

(έναν ακόμη) ενδημικό ιό, όπως αυτός της γρίπης, έως την πρακτική εξαφάνισή του!

Οι ασθενείς συνήθως χάνονται από έμφραγμα, εγκεφαλικό και καρκίνο παρά από τον ιό!

Στο παρελθόν έχουμε αναφερθεί στις πολύ μεγάλες ελλείψεις, όσον αφορά στην αντιμετώπιση όλων των άλλων νοσημάτων, εκτός κορωνοϊού, στην αρχική φάση της πανδημίας. Αναφερόμαστε στα εμφράγματα, στα εγκεφαλικά επεισόδια, στους καρκίνους και σε άλλες σοβαρές νοσολογικές οντότητες, η αντιμετώπιση των οποίων υποχώρησε δραματικά όλη εκείνη την περίοδο, με επιδείνωση κατά τη φάση των δραστικών περιοριστικών μέτρων. Ήταν η εποχή που καταγράφηκε μειωμένη προσέλευση ασθενών με εμφράγματα στα νοσοκομεία, με αποτέλεσμα να μην προσφέρεται η συνήθης ιδιαίτερα αποτελεσματική θεραπεία κατά την οξεία φάση του εμφράγματος, αλλά και η θεραπευτική αντιμετώπιση ασθενών κατά την προεμφραγματική φάση, η οποία επίσης είναι σωτήρια.

Φαίνεται πως από τότε ωριμάσαμε όλοι, ασθενείς, ιατροί και υγειονομικό σύστημα, με αποτέλεσμα να υπάρχει πλέον ικανή μέριμνα, ώστε ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού, όπως οι καρκινοπαθείς και οι ασθενείς που χρήζουν αιμοκάθαρσης, να έχουν απρόσκοπτη πρόσβαση στις υγειονομικές δομές. Αποφύγαμε, επίσης, τις ακρότητες που ζήσαμε κατά την πρώτη φάση της πανδημίας: πάσχοντες να περιμένουν στο σπίτι, παρά τον έντονο πόνο στο στήθος, ώστε να αποφύγουν την έκθεση στο «φονικό ιό!» Η συντονισμένη χρησιμοποίηση όλων των υγειονομικών δομών της χώρας, με συμπερίληψη του ιδιωτικού τομέα τόσο σε δομές όσο και σε υγειονομικό προσωπικό, δημιουργεί τα προσοπτούμενα για τη βέλτιστη δυνατή διαχείριση όλων των ασθενών, με ή χωρίς κορωνοϊό, στις δύσκολες ημέρες που έχουμε μπροστά μας.

Για πόσο μεταδίδουν ασθενείς που αναρρώνουν από κορωνοϊό;

Όταν γράφονται αυτές οι γραμμές, έχουμε ικανή διασπορά του ιού στην Αττική και αρκετούς ασθενείς που

αναρρώνουν, μετά από νοσηλεία, στο νοσοκομείο. Η συνήθης ερώτηση των οικείων, ιδιαίτερα αν είναι καρδιοπαθείς, είναι πόσες ημέρες χρειάζεται να αποφύγουν την επαφή μαζί τους. Οι πλέον αναλυτικές σχετικές οδηγίες προέρχονται από το CDC (Center For Disease Control And Prevention) των Η.Π.Α. και συστηθούν στους αναρρώνοντες δεκαήμερη (10 ημέρες) καραντίνα από την έναρξη των συμπτωμάτων της νόσου, με ταυτόχρονη προϋπόθεση να παραμένουν άπυρτοι για ένα τουλάχιστον εικοσιτετράωρο πριν τη λήξη της. Το διάστημα αυτό αυξάνεται στις είκοσι ημέρες, αν πρόκειται για ιδιαίτερος βαρεία νόσηση ή αφορά σε υπερήλικες αναρρώνοντες ασθενείς με υποκείμενα νοσήματα. Ο λόγος της διαφοροποίησης οφείλεται στην απουσία ανεύρεσης αναπαραγόμενου ιού στα δείγματα ασθενών με ελαφρά ή μέτρια νόσο, δέκα ημέρες μετά την έναρξη των συμπτωμάτων, ενώ σε ασθενείς με βαριά εικόνα (μακρά πορεία, διασωλήνωση) ανιχνεύεται σε ποσοστό έως 5% τη δέκατη πέμπτη (15η) ημέρα από την έναρξη των συμπτωμάτων (<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html>).

Συχνά προκαλείται ανησυχία στο οικογενειακό ή το εργασιακό περιβάλλον του αναρρώνοντος από την παρουσία θετικής εξέτασης ανίχνευσης κορωνοϊού στο ρινοφάρυγγα, πολλές ημέρες μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο, με αποτέλεσμα να ταλαιπωρούνται τόσο οι ίδιοι όσο και όσοι τους συναναστρέφονται από αδικαολόγητη παράταση της καραντίνας. Δεν πρέπει να συγχέεται η ανίχνευση του ιού με τη δυνατότητα του να πολλαπλασιάζεται, που αποτελεί προϋπόθεση για να είναι μεταδοτικός. Σε πολλές μελέτες ανιχνεύεται η παρουσία κορωνοϊού στις αεροφόρες οδούς αναρρωνόντων ασθενών έως και 17 ημέρες, κατά μέσο όρο, από την έναρξη των συμπτωμάτων. Κάποιοι μάλιστα έχουν PCR θετικό έως και πολλές εβδομάδες αργότερα (έως 83 ημέρες σε μεμονωμένη περίπτωση ασθενούς!). Σε καμμία, όμως, από τις σχετικές μελέτες δεν ανιχνεύθηκε μεταδοτικός ιός, δηλαδή ιός με δυνατότητα πολλαπλασιασμού, μετά την ένατη (9η) ημέρα από την έναρξη των συμπτωμάτων (Cevik M, et al. Lancet Microbe 2021;2(1):e13-e22). ●

► συνέχεια από τη σελ. 2

να βελτιωθεί ακόμα περισσότερο η ποιότητα της εικόνας και να βλέπουμε με μεγαλύτερη ευκρίνεια μικρές σε διαστάσεις και γρήγορα κινούμενες δομές όπως τα στεφανιαία αγγεία και τις μικρές ευκίνητες μάζες, (β) να αποκτηθούν περισσότερες πληροφορίες ώστε να αξιοποιηθούν ακόμη περισσότερο οι τεχνικές χαρτογράφησης του μυοκαρδίου, (γ) να αναπτυχθούν ακόμη περισσότερο και να βελτιωθούν τα υβριδικά αιμοδυναμικά και ηλεκτροφυσιολογικά εργαστήρια, όπου με τη βοήθεια του μαγνητικού πεδίου γίνεται η καθοδήγηση των καθετήρων και συρμάτων έτσι ώστε τα τελευταία να φτάσουν στο επιθυμητό σημείο και να επιτύχει η επέμβαση, (δ) να ελαττωθεί το μέγεθος των μαγνητικών τομογράφων και κάποια στιγμή να δούμε μαγνητικούς τομογράφους... φορητούς (αν και δεν είμαστε μακριά από κάτι τέτοιο για άλλα όργανα, έχουμε πολύ δρόμο για να το πετύχουμε αυτό

στην μαγνητική καρδιάς).

Συμπερασματικά, η μαγνητική καρδιάς είναι εδραιωμένη ως τεχνική καρδιαγγειακής απεικόνισης, με συνεχώς αυξανόμενες ενδείξεις και διαρκώς βελτιούμενη ποιότητα εικόνας, η οποία σε κάποιες περιπτώσεις αποτελεί εξέταση αναφοράς, σε κάποιες άλλες πολύτιμο εργαλείο και στις υπόλοιπες χρήσιμο βοήθημα για τη διάγνωση, την εκτίμηση της πρόγνωσης και την θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών. Ο αριθμός των εξετάσεων που διενεργούνται παγκοσμίως έχει αυξηθεί εντυπωσιακά τα τελευταία 10 χρόνια, όπως έχουν επίσης αυξηθεί τα κέντρα στα οποία υπάρχει η σχετική τεχνολογία. Η μαγνητική καρδιάς έχει πλέον περάσει από το στάδιο της «νέας τεχνικής» στο στάδιο της «ωριμότητας» και συνεχίζει ακάθεκτη το δρόμο της προς την καθιέρωσή της ως κύριας μη επεμβατικής τεχνικής καρδιαγγειακής απεικόνισης. ●



Ελληνικό Δίκτυο Υγιών Πόλεων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΕΔΔΥΠΠΥ)

Το Ελληνικό Δίκτυο Υγιών Πόλεων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΕΔΔΥΠΠΥ), του οποίου ιδρυτής και Πρόεδρος από το 2005 είναι ο σημερινός Περιφερειάρχης Αττικής κ. Γιώργος Πατούλης, δραστηριοποιείται στον τομέα της πρόληψης και της προαγωγής της υγείας των δημοτών. Σήμερα αριθμεί 238 ΟΤΑ μέλη από όλη την Ελλάδα και αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα Εθνικά Δίκτυα του Π.Ο.Υ.

Το Δίκτυο συνδράμει ουσιαστικά τους Δήμους μέλη του, διοργανώνοντας εκστρατείες ενημέρωσης και προληπτικής ιατρικής σε όλη τη χώρα, ενώ Στελέχη της Επιστημονικής Επιτροπής οργανώνονται σε Ομάδες εργασίας, με σκοπό να βοηθήσουν με την εμπειρία και τις γνώσεις τους, παρέχοντας πληροφορίες και τεχνογνωσία στους Δήμους μέλη.

Σκοπός είναι, τα Προγράμματα ενημέρωσης αλλά και προσυμπτωματικού ελέγχου (screening), που διενεργούνται σε πολλές περιοχές της χώρας μας, να έχουν βιωσιμότητα και να παρουσιάζουν μετρήσιμα αποτελέσματα, σύμφωνα και με τις κατευθύνσεις του Π.Ο.Υ. Κάποια από τα προγράμματα, που προσφέρει το Δίκτυο, είναι το Πρόγραμμα μετρήσεων Οστικής Πυκνότητας, το Πρόγραμμα Α' Βοηθειών ΚΑΡΠΑ, το Πρόγραμμα Δημιουργίας Συμβουλευτικών Σταθμών για την Άνοια στους Δήμους της χώρας και πολλά ακόμα. Το ΕΔΔΥΠΠΥ, θέλοντας να καλύψει τις ανάγκες που δημιουργούνται κατά την περίοδο της πανδημίας, αποφάσισε, εκτός από το να προσαρμόσει πολλά από τα προγράμματα του, να δημιουργήσει και νέα, προσφέροντας έτσι χρήσιμες Διαδίκτυακές Ενημερώσεις και Ημερίδες στους Δημότες. Παράλληλα εφαρμόζει το καινοτόμο πρόγραμμα Υγείας Πόλεις του Π.Ο.Υ., φέρνοντας την Υγεία στο κέντρο της πολιτικής, του σχεδιασμού και της λήψης αποφάσεων των πόλεων, αναπτύσσοντας πολιτικές και δράσεις που άπτονται όλων των τομέων της ζωής.

Επιπλέον, το ΕΔΔΥΠΠΥ έχει διοργανώσει 16 Πανελλήνια

Συνέδρια, ενώ συνδιοργάνωσε και το Συνέδριο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στην Ελλάδα το 2014. Κάθε χρόνο, οργανώνονται ημερίδες ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης για το κοινό, με θεματολογία που επικαιροποιείται ετησίως, σύμφωνα με τις ανάγκες ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του κοινού των τοπικών κοινωνιών.

Το 2014 δημιουργήθηκε μια νέα Δημοτική Δομή, τα Κέντρα Πρόληψης για την Υγεία (ΚΕΠ Υγείας). Μέχρι σήμερα, συνολικά 129 Δήμοι-μέλη, που συνεχώς αυξάνονται, αγκάλισαν αυτή την πρωτοβουλία. Τα ΚΕΠ Υγείας σκοπό έχουν να αποτελέσουν τον κεντρικό θεσμό συντονισμού για το δημότιο, σε όλα τα θέματα που αφορούν στην Προληπτική Ιατρική (αναγκαίες εξετάσεις και προβλεπόμενες επαναλήψεις ανάλογα με την ομάδα κινδύνου που ανήκει) καθώς και Προαγωγής Υγείας, με ενημέρωση για γενικότερα σοβαρά προβλήματα δημόσιας υγείας, ώστε να επιτευχθούν πιο «υγιείς» συμπεριφορές.

Συγκεκριμένα τα ΚΕΠ Υγείας συντονίζουν την οργάνωση προληπτικών εξετάσεων στους δημότες, κατά τα Διεθνή Πρωτόκολλα, για 11 νοσήματα: Καρκίνος του παχέος εντέρου, Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, Καρκίνος του μαστού, Καρδιαγγειακός κίνδυνος, Καρκίνος του προστάτη, Μελάνωμα, Κατάθλιψη, Άνοια, ΧΑΠ, Κατάθλιψη, Οστεοπόρωση και Ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής. Ενδεικτικά αναφέρεται για το τελευταίο, πως στα πλαίσια του Προγράμματος για το Ανεύρυσμα της Κοιλιακής Αορτής, προσφέρεται και η δυνατότητα ελέγχου στους πολίτες μέσω ενός υπερσύγχρονου φορητού Υπερηχογράφου, εντελώς δωρεάν, για τους ΟΤΑ μέλη που θα το επιλέξουν.

Μεταφέροντας την τεχνογνωσία που αναπτύσσεται σε ευρωπαϊκό επίπεδο, τα ΟΤΑ μέλη του ΕΔΔΥΠΠΥ αποτελούν τους σημαντικότερους ίσως συντελεστές για την προαγωγή της Υγείας στους πολίτες της χώρας μας. ●

► συνέχεια από τη σελ. 15 ■ συμβουλές διατροφής

βιοχημικές, μοριακές, κυτταρικές, δομικές και ανοσολογικές δυσλειτουργίες, αυξάνει τον κίνδυνο νοσηρότητας και θνησιμότητας από τον COVID-19. Επιπλέον, η παχυσαρκία συνδέεται με συννοσηρότητες, που οι ίδιες αυξάνουν τον κίνδυνο βαριάς νόσησης από τον COVID-19. Για παράδειγμα, η αντίσταση στην ινσουλίνη συνδέεται με το βαθμό νοσηρότητας της COVID-19. Για το λόγο αυτό, ο ρόλος των διαιτολογών-διατροφολόγων είναι καθοριστικός για τη διασφάλιση της δημόσιας υγείας. Άλλωστε η ίδια η νόσος, αλλά και η απομόνωση στο σπίτι, που έχει επιφέρει η πανδη-

μία, επηρέασαν, εν τέλει, σε μεγάλο βαθμό τη διατροφική συμπεριφορά, τη σωματική δραστηριότητα και τελικά το σωματικό βάρος του πληθυσμού.

Ο επαρκής ύπνος, η τακτική σωματική δραστηριότητα, η διατήρηση υγιούς σωματικού βάρους και λίπους, η διαχείριση του στρες και η αποφυγή του καπνίσματος, μπορούν να συμβάλουν, μεταξύ άλλων, στην αύξηση της ολικής πνευμονικής χωρητικότητας, στην αντιστροφή δυσλειτουργιών που σχετίζονται με την παχυσαρκία, και, εν τέλει, στην ποιότητα ζωής. ●

Αγαπητό περιοδικό,

Είμαι 50 ετών, καπνίστρια, και δεν έχω κάποιο γνωστό πρόβλημα υγείας. Δεν έχω εμφανίσει ποτέ συμπτώματα από την καρδιά. Οι γονείς μου σε μεγάλη ηλικία έπαθαν εγκεφαλικό. Όλοι γύρω μου λένε ότι πρέπει οπωσδήποτε να με δει καρδιολόγος. Πρέπει πράγματι να υποβληθώ σε κάποιο καρδιολογικό έλεγχο; Πόσο συχνά;

Αγαπητή αναγνώστρια,

Ως γενικός κανόνας, όλοι οι ασυμπτωματικοί ενήλικες, από την ηλικία των 40 ετών, καλό είναι να υποβληθούν σε έναν προγραμματισμένο καρδιολογικό έλεγχο, όπου, εκτός των άλλων, θα εκτιμηθούν όλοι οι παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο.

Για υγιή πρόσωπα, ηλικίας 20-39 ετών, ο κίνδυνος καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι πολύ μικρός, επειδή προστατεύονται από τη νεαρή ηλικία. Ως γενική σύσταση ισχύει να ελέγχουν τους παράγοντες κινδύνου δηλαδή το σάκχαρο, τη χοληστερίνη και την πίεσή τους τουλάχιστον κάθε 4-6 έτη.

Ειδικότερα, οι παρακάτω τρεις κατηγορίες ατόμων, χωρίς

συμπτώματα, πρέπει οπωσδήποτε να υποβληθούν σε προγραμματισμένο καρδιολογικό έλεγχο:

1. Πρόσωπα με συγγενείς πρώτου βαθμού, που έχουν πάθει καρδιακή προσβολή σε μικρή ηλικία (<55 ετών για άνδρες και <65 ετών για γυναίκες).
2. Πρόσωπα με πολύ υψηλές τιμές χοληστερίνης, που συνήθως οφείλονται σε γενετικά αίτια.
3. Πρόσωπα με συσσωρευμένους πολλούς παράγοντες κινδύνου: κάπνισμα, υπέρταση, υψηλή χοληστερίνη, κληρονομικό ιστορικό, σακχαρώδη διαβήτης.

Σε αυτή την επίσκεψη, ο καρδιολόγος θα προχωρήσει σε ερωτήσεις σχετικά με τον τρόπο ζωής και τις καπνιστικές σου συνήθειες, θα μετρήσει την αρτηριακή σου πίεση υπό σωστές συνθήκες, το σωματικό βάρος και την περιμέτρο μέσης. Στη συνέχεια θα σε εξετάσει κλινικά και θα σε υποβάλλει σε ένα απλό ηλεκτροκαρδιογράφημα. Αν κρίνει ότι είναι απαραίτητο, θα προχωρήσει σε περαιτέρω εξετάσεις. Τέλος, ο καρδιολόγος θα σου συνταγογραφήσει εξετάσεις αίματος για να μετρηθεί το σάκχαρο και η χοληστερίνη σου.

Ανάλογα με τα αποτελέσματα του παραπάνω ελέγχου, αξιολογείται ο μακροπρόθεσμος (10ετής) κίνδυνος για μελλοντική καρδιακή προσβολή. Ο καρδιολόγος θα σε παροτρύνει για τη διακοπή καπνίσματος και θα σου προτείνει λύσεις, που θα σε βοηθήσουν στη διακοπή του. Επιπλέον, θα σε συμβουλευτεί για τη σωστή διατροφή, την ιδανική διάρκεια άσκησης εβδομαδιαίως και τις κατάλληλες τιμές αρτηριακής πίεσης, σακχάρου και χοληστερίνης. Αν είναι απαραίτητο, θα προτείνει φάρμακα για τον καλύτερο έλεγχο της αρτηριακής πίεσης και της χοληστερίνης.

Πόσο συχνά; Ο έλεγχος αυτός θα πρέπει να επαναλαμβάνεται κάθε 5 έτη, αν όλα είναι φυσιολογικά. Σε αντίθετη περίπτωση θα πρέπει η παρακολούθησή να είναι πιο συχνή.

Συμπερασματικά, συστήνεται να υποβληθείς σε ένα τακτικό καρδιολογικό έλεγχο. Στην περίπτωσή σου ειδικότερα, πέραν όλων των άλλων, ο καρδιολόγος θα σου δώσει συμβουλές για τις δυνατότητες διακοπής καπνίσματος, αρκεί βέβαια να το θες και εσύ! Καλή επιτυχία. ☺

► συνέχεια από τη σελ. 11 | φιλοξενούμενος

- Όλοι οι NAFLD ασθενείς πρέπει να ελέγχονται για την ύπαρξη καρδιο-μεταβολικών παραγόντων κινδύνων [π.χ. έλεγχος ινσουλινοαντίστασης με μέτρηση γλυκόζης νηστείας ή γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c), έλεγχος για την ύπαρξη μεταβολικού συνδρόμου].
- Όλοι οι διαβητικοί ασθενείς πρέπει να ελέγχονται για την παρουσία στεάτωσης με διενέργεια υπερηχογραφήματος κοιλίας.
- Οι NAFLD ασθενείς οφείλουν να ακολουθούν μια ισορροπημένη δίαιτα, στα πρότυπα της Μεσογειακής διατροφής, με απώλεια σωματικού βάρους, όπου ενδείκνυται, περιορισμένη κατανάλωση αλκοόλ συνδυασμένη με τακτική φυσική άσκηση, σε μακροχρόνια βάση. ☺



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

Γ. Κασιμάτης
Π. Τσάκος

ΚΟΙΝΩΦΕΛΕΣ ΙΔΡΥΜΑ

ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ: Π. Τούτουζας

ΤΑΜΙΑΣ: Α. Πατράκου
ΓΡΑΜΜΑΤΕΥΣ: Δ. Ρίχτερ
ΜΕΛΗ:

Χ. Βλαχόπουλος, Α. Δήμα, Κ. Καλαϊτζή,
Χρ. Στεφανίδης, Δ. Τούσουλης,
Κ. Τούτουζας, Στ. Ψυχάρης

ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ:

Γ. Ανδρικόπουλος, Β. Βοπιέας,
Α. Βούτσας, Δ. Γκολιάκης, Γ. Γκουμάς,
Ν. Κασιλάμπρος, Ε. Παπαστεριάδης



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

της NAFLD και ιδιαίτερα της απλής στεάτωσης.

Αυτό που εφαρμόζουμε είναι:

- Σε υπέρβαρους ή παχύσαρκους ασθενείς με NAFLD: Μείωση σωματικού βάρους τουλάχιστον 7-10%, με ρυθμό απώλειας περίπου 1-2 κιλά/μήνα (π.χ. ένας ασθενής 100 κιλών με στόχο τα 90 κιλά, η μείωση καλό είναι να γίνει σε διάστημα περίπου 6-12 μηνών).
- Σε κακοήγη παχύσαρκα (BMI >40kg/m²) χρειαζόμαστε βαριατρικές ή ενδοσκοπικές παρεμβάσεις για την απώλεια βάρους, καθώς βελτιώνουν τόσο τη NAFLD όσο και το μεταβολικό σύνδρομο.

Αντιμετώπιση των εκδηλώσεων του μεταβολικού συνδρόμου με:

- Αντιμετώπιση υπερλιπιδαιμίας (στατίνη ± εζετιμίμπη ± ω-3 λιπαρά).

- Ρύθμιση ΣΔ τύπου II (μετφορμίνη, γλιταζόνες, GLP1 ανάλογα, SGLT2).
- Ρύθμιση αρτηριακής πίεσης.

Σε όλους τους ασθενείς με NAFLD ενδείκνυται ισχυρά:

- Μεσογειακού τύπου διατροφή, περιορίζοντας παράλληλα και τη συστηματική κατανάλωση αλκοόλ.
- Φυσική άσκηση. Τόσο αερόβια (γρήγορο περπάτημα ή τρέξιμο, ποδήλατο για τουλάχιστον 30-45 λεπτά) ή/και άσκηση με τη χρήση αντιστάσεων (βάρη), με συχνότητα 3 φορές την εβδομάδα, σε μακροχρόνια βάση.

Χρήσιμα μηνύματα

- Η NAFLD είναι η πιο συχνή ηπατική νόσος και σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο καρδιακών συμβαμάτων.

Αποχαιρετισμός στη Ρένα

Με θλίψη πληροφορηθήκαμε, το πρωί της Παρασκευής, 5 Μαρτίου το θάνατο της Ρένας Μπενάκη. Ήταν από τα πρώτα και ιδρυτικά Μέλη της Επιτροπής των Φίλων του Ελληνικού Ιδρύματος Καρδιολογίας.

Δυναμική, δραστήρια, κοινωνική που αγάπησε και βοήθησε πάρα πολύ το Ίδρυμα. Με τις πολλές κοινωνικές της σχέσεις και την αγάπη των φίλων της, κατόρθωνε να συμμετέχει ενεργά σε διάφορες εκδηλώσεις.

Η Ρένα ήταν άνθρωπος της προσφοράς, ευαίσθητη με βαθιά θρησκευτική πίστη, με αγάπη στην παράδοση και τις αξίες της ελληνικής οικογένειας.

Δύσκολα να ξεχάσει κανείς τη συχνή, ζεστή και άφογη,

από κάθε άποψη φιλοξενία στο σπίτι της.

Με το θάνατο της Ρένας, όπως και άλλων Μελών Φίλων που «έφυγαν», αισθανόμαστε ότι μικραίνει ο κύκλος των Φίλων του ΕΛ.Ι.ΚΑΡ., που επί 25 χρόνια είχε πλούσια δράση και δημιουργήθηκαν στενές και δυνατές φιλίες με αγάπη, εκτίμηση και σεβασμό, που βοήθησαν το έργο του Ιδρύματος.

Όλοι έχουν να θυμούνται και τις υπέροχες εκδρομές σε όλη την Ελλάδα, με τελευταία την κοπή της πίτας στο Ναύπλιο, στις 10 Φεβρουαρίου του 2020.

Ευχόμαστε, νεότερα μέλη να πάρουν τη σκυτάλη και να συνεχίσουν με νέες ιδέες και δυναμισμό, ώστε να βοηθήσουν το έργο του ΕΛ.Ι.ΚΑΡ.

Επιτροπή Φίλων ΕΛ.Ι.ΚΑΡ.

ΥΠΕΡ ΤΩΝ ΣΚΟΠΩΝ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΤΕΘΕΣΑΝ ΕΙΣ ΜΝΗΜΗΝ

- Ρένας Μπενάκη:
 - Η κ. Βασιλική Μαρκοπούλου, το ποσό των 400€.
 - Η κ. Γραμματική Χατζηδημητρίου, το ποσό των 200€.
 - Η οικογένεια Αντωνίου Ταβερναράκη, το ποσό των 150€.
 - Οι κ.κ. Δημήτριος και Άντα Χρυσοστάλη, το ποσό των 150€.
 - Η κ. Λίτσα Κάλου, το ποσό των 100€.
 - Η κ. Παναγιώτα Λάμπρου, το ποσό των 100€.
 - Οι κ.κ. Βασίλειος και Dakmar Τζώρτζη, το ποσό των 100€.
 - Οι κ.κ. Γεώργιος και Ελένη Μένεγα, το ποσό των 70€.
 - Οι κ.κ. Μελέτης και Αγγελική Παπακωνσταντίνου, το ποσό των 50€.
 - Οι κ.κ. Παύλος και Ελένη Τούτουζα, το ποσό των 50€.
- Γεωργίου Παγανού, από τον κ. Θεόδωρο Παπακωνσταντίνου, το ποσό των 60€.

ΥΠΕΡ ΤΩΝ ΣΚΟΠΩΝ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΤΕΘΕΣΑΝ

- Η εταιρεία Ελληνικές Υπεραγορές ΣΚΛΑΒΕΝΙΤΗΣ Α.Ε., το ποσό των 1.000€
- Ο κ. Ανέστης Διακοδημήτρης, το ποσό των 100€.
- Ο κ. Σάββας Γεωργίου, το ποσό των 100€.
- Οι κ.κ. Δημήτριος και Βίβιαν Μπιμπήρη, το ποσό των 100€.
- Ο κ. Εμμανουήλ Περούλης, το ποσό των 70€.

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι σημαντικά (και) για την οικονομία της υγείας

Κωνσταντίνος Αθανασάκης

Επίκουρος Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας και Οικονομικής Αξιολόγησης
της Τεχνολογίας Υγείας, Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας,
Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν διαχρονικά το σημαντικότερο ζήτημα δημόσιας υγείας και πολιτικής υγείας για τα συστήματα υγείας διεθνώς. Στη χώρα μας εκτιμάται, ότι το 20% των συνολικών ετών "υγιούς" ζωής, τα οποία χάνονται λόγω πρόωρου θανάτου ή αναπηρίας κάθε χρόνο, θα χαθούν λόγω ενός καρδιαγγειακού νοσήματος.

Η ανησυχητική αυτή διάσταση της καρδιαγγειακής νοσηρότητας φαίνεται πως εντείνεται με την πάροδο του χρόνου, καθώς, με βάση τα επιδημιολογικά δεδομένα, η εγκατάσταση καρδιαγγειακής νόσου καθίσταται ολοένα και συχνότερη σε νεότερες ηλικίες. Το γεγονός αυτό οφείλεται, όπως φαίνεται, τόσο σε παράγοντες που έχουν να κάνουν με τους λεγόμενους "προσδιοριστές" της υγείας (δηλαδή συμπεριφορές όπως το κάπνισμα ή η διατροφή) όσο και με τους στρεσογόνους παράγοντες που επιβάρυναν όλους μας κατά τα τελευταία έτη (με χαρακτηριστικότερο την οικονομική κρίση, αλλά και την τρέχουσα πανδημία).

Η υψηλή νοσηρότητα συνεπάγεται υψηλές ανάγκες υγείας – και κατ'επέκταση, ανάγκη χρήσης των πόρων υγείας, δαπάνες υγείας και, εν τέλει, κόστος για το σύστημα υγείας. Σε γενικές γραμμές, από την πλευρά της κοινωνίας, τα καρδιαγγειακά νοσήματα ευθύνονται για δύο κατηγορίες δαπανών: τις δαπάνες (κόστος) για τη θεραπεία των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα (το λεγόμενο και άμεσο κόστος στη γλώσσα των οικονομικών της υγείας), (β) το κοινωνικό κόστος, λόγω της απώλειας της παραγωγικότητας από τα πρόσωπα τα οποία δεν δύνανται να βρίσκονται στην εργασία τους λόγω της νόσου ή των επιπλοκών αυτής (το λεγόμενο έμμεσο κόστος).

Τα δεδομένα από την εγχώρια και τη διεθνή βιβλιογραφία δείχνουν ότι το οικονομικό φορτίο για τα συστήματα υγείας από τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι εξαιρετικά σημαντικό. Με βάση δεδομένα για το σύνολο των χωρών της Ευρώπης, το συνολικό ετήσιο κόστος των καρδιαγγειακών νοσημάτων κυμαίνεται στα 210 δισεκατομμύρια ευρώ ετησίως. Από αυτά, το 53% (111 δισεκατομμύρια ευρώ) αφορά σε δαπάνες θεραπειών και το υπόλοιπο 47% (99 δισεκατομμύρια ευρώ) σε δαπάνες από την απώλεια παραγωγικότητας των πασχόντων ή των συγγενών που προστρέχουν προς βοήθεια στον πάσχοντα. Ειδικά για τη

χώρα μας, το ετήσιο κόστος θεραπείας των καρδιαγγειακών νοσημάτων εκτιμάται σε 1,948 δισεκατομμύρια ευρώ ετησίως, ποσό που αντιστοιχεί στο 13%, περίπου, της συνολικής δαπάνης για την υγεία.

Είναι φανερό, ότι η οδός της πρόληψης και της μεταβολής των ατομικών συμπεριφορών (διακοπή του καπνίσματος, σωματική άσκηση, βελτίωση της διατροφής κ.ά.) έχει την πρώτιστη και κεφαλαιώδη σημασία στην αποτροπή της εμφάνισης της καρδιαγγειακής νόσου, στη μείωση του αριθμού των ασθενών και, κατ'επέκταση, στον περιορισμό του οικονομικού φορτίου από τα νοσήματα της καρδιάς και των αγγείων για το σύστημα υγείας. Στο σημείο όμως αυτό, αξίζει να γίνει μια σημαντική επισήμανση. Ένα σημαντικό τμήμα της εμφάνισης της καρδιαγγειακής νοσηρότητας είναι αναπόφευκτο. Στο πλαίσιο αυτό, βασική μέριμνα του συστήματος υγείας είναι (ή, στην πραγματικότητα, οφείλει να είναι) η απρόσκοπτη πρόσβαση των ασθενών στις κατάλληλες θεραπευτικές παρεμβάσεις και πρακτικές, οι οποίες θα είναι αποτελεσματικές και αποδοτικές, δηλαδή θα διασφαλίσουν μια υγιή ζωή για τους καρδιοπαθείς, δια μέσου του ελέγχου της νόσου και της αποτροπής μελλοντικών επεισοδίων αυτής. Επεισόδια τα οποία έχουν μεγάλο ατομικό, οικογενειακό και κοινωνικό κόστος - τόσο οικονομικό όσο και σε όρους υγείας και ποιότητας ζωής. Χαρακτηριστικά, το μέσο ετήσιο κόστος ενός ασθενούς με υπέρταση στο Ελληνικό σύστημα υγείας κυμαίνεται μεταξύ 600 και 900 ευρώ ετησίως – αντίθετα, το κόστος ενός ασθενούς ο οποίος συνεπεία της μη ρυθμισμένης υπέρτασης έχει υποστεί ένα εγκεφαλικό επεισόδιο υπερβαίνει τις 15.000 ευρώ (κατά τον πρώτο χρόνο του επεισοδίου), σημαντικό τμήμα εκ των οποίων βαρύνει τον ίδιο τον πάσχοντα και την οικογένειά του. Και το κόστος αυτό δεν είναι, απλώς, οικονομικό.

Υπό το πρίσμα αυτό, στην πραγματικότητα, και με τη βοήθεια της κλινικής επιστήμης και των θεραπόντων γιατρών, η δαπάνη για τα καρδιαγγειακά νοσήματα μπορεί και πρέπει να μετατραπεί σε μια επένδυση της κοινωνίας μας, για τη διασφάλιση της μακροβιότητας και της ποιότητας στη ζωή. Και η οδός αυτή διέρχεται από την έγκαιρη διάγνωση, την πρόσβαση στη θεραπεία, την ολιστική διαχείριση του ασθενούς και την επίτευξη των θεραπευτικών στόχων. ●

Εύκολες συνταγές

Κωνσταντίνα Πάλλιου

Κλινική Διατροφολόγος- Διαπολόγος MSc.



Ρεβυθοκεφτέδες στο φούρνο

Υλικά

- 2 ½ φλ. ρεβύθια βρασμένα/μαγειρεμένα (κατσαρόλας ή φούρνου).
- 2 φλ. τρίμματα ψωμιού.
- 1 ξερό κρεμμύδι τριμμένο.
- 2 φρ. κρεμμυδάκια τρυφερά ψιλοκομμένα με τα φύλλα τους.
- 1/2 ματσάκι άνηθο.
- 1/2 ματσάκι μαϊντανό.
- 1/2 ματσάκι δυόσμο.
- 1 φλ. τριμμένη καρυδόψιχα.
- Αλάτι, φρεσκοτριμμένο πιπέρι.
- Λίγο αλεύρι για πανάρισμα.
- Λεμόνι για το σερβίρισμα.

Εκτέλεση

Στραγγίζουμε πολύ καλά τα μαγειρεμένα ρεβύθια. Τα λιώνουμε με πιρούνι ή τα πολτοποιούμε στο μπλέντερ. Ψιλοκόβουμε όλα τα υπόλοιπα υλικά, ή τα αλέθουμε στο μπλέντερ. Βάζουμε όλα τα υλικά για τους ρεβυθοκεφτέδες σε ένα μεγάλο μπολ και τα ζυμώνουμε καλά, μέχρι να πάρει το μείγμα ένα ομοιόμορφο χρώμα. Η ζύμη πρέπει να πλάθεται σε κεφτέ, γι αυτό αν είναι αρκετά αραιή προσθέτουμε λίγη τριμμένη ψίχα ψωμιού, είτε λίγο αλεύρι είτε νιφάδες βρώμης, φρυγανιά κλπ., αφήνουμε το μείγμα στο ψυγείο για περίπου 30 λεπτά. Αφού κρυώσει λίγο και πλάθεται καλύτερα, παίρνουμε κουταλιές από το μείγμα και πλάθουμε μεγάλους πλακέ κεφτέδες. Τους αλευρώνουμε ελαφρά (κολλάνε λίγο εξωτερικά) και βάζουμε σε ένα ταψί, στο οποίο έχουμε βάλει λαδόκολλα. Τους ψήνουμε στο φούρνο μέχρι να ροδίσουν και από τις δύο πλευρές, στους 200 βαθμούς για 15 λεπτά περίπου.

Θερμίδες 1.776
Λίπη 88,5 γρ.
Χοληστερόλη 0 χλγρ.

Πρωτεΐνες 77,4 γρ.
Υδατάνθρακες 175,5 γρ.

Μοσχάρι με κρασάτη σάλτσα καρότου

Υλικά

- ¼ φλ. ελαιόλαδο.
- 1 μεγάλο ξερό κρεμμύδι (ψιλοκομμένο).
- 1 κιλό μοσχάρι άπαχο.
- 6 καρότα τριμμένα.
- 2 φλ. κόκκινο κρασί.
- 1-2 κλωνάρια μαϊντανό.
- Αλάτι, φρεσκοτριμμένο πιπέρι.

Εκτέλεση

Κόβουμε το κρέας σε μέτρια κομμάτια. Στεγνώνουμε το μοσχάρι σε απορροφητικό χαρτί κουζίνας. Ζεσταίνουμε το ελαιόλαδο σε μέτρια κατσαρόλα. Βάζουμε το κρέας στην κατσαρόλα και το ροδίζουμε γύρω γύρω. Προσθέτουμε το ψιλοκομμένο κρεμμύδι και το τριμμένο καρότο. Σοτάρουμε για 3-4 λεπτά να γυαλίσει το κρεμμύδι. Σβήνουμε με το κρασί. Προσθέτουμε το κλωνάρι μαϊντανού. Αφήνουμε να βράσει δυνατά για 2 λεπτά και προσθέτουμε ζεστό νερό ή ζωμό κρέατος (1-1/2 φλιτζάνι) και το αφήνουμε να σιγοβράσει για περίπου 1 ώρα σε πολύ χαμηλή φωτιά με σκεπασμένη την κατσαρόλα. Αλατοπιπερώνουμε προς το τέλος. Προς το τέλος του βρασμού δυναμώνουμε την ένταση της φωτιάς για να πυκνώσει η σάλτσα. Αφαιρούμε το κλωνάρι μαϊντανού. Το μοσχάρι στο τέλος μένει με ελάχιστη σάλτσα, μένει σχεδόν με το λάδι του.

Θερμίδες 2.370
Λίπη 350 γρ.
Χοληστερόλη 620 χλγρ.

Πρωτεΐνες 240,5 γρ.
Υδατάνθρακες 62 γρ.



Συνταγολόγιο άσκησης για την υπέρταση

Γεώργιος Βαβέτσης Ph.D.

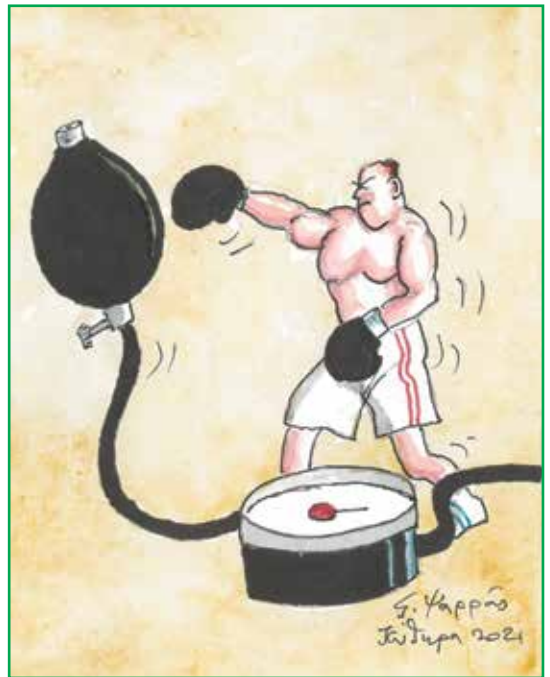
Κλινικός Εργοφυσιολόγος

Η υπέρταση αποτελεί με βεβαιότητα τον ισχυρότερο τροποποιητικό παράγοντα για ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο, καθώς προσβάλλει περισσότερο από το 35-40% του παγκόσμιου πληθυσμού και σχετίζεται με εγκεφαλικό επεισόδιο, έμφραγμα του μυοκαρδίου, καρδιακή ανεπάρκεια αλλά και άλλες καρδιαγγειακές παθήσεις. Έχει αποδειχθεί, ότι προκαλεί σοβαρή λειτουργική και δομική βλάβη στον εγκέφαλο, οδηγώντας σε γνωστική εξασθένηση και άνοια, αποδυναμώνοντας τη λειτουργικότητα του εγκεφάλου, και, επιπλέον, πιστεύεται ότι αυτές οι γνωστικές διαταραχές επηρεάζουν τη διανοητική ικανότητα στο να διατηρηθεί η παραγωγικότητα στην εργασία, προκαλώντας πολλά κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα.

Τα επιστημονικά στοιχεία, που αποδεικνύουν τα ευεργετικά αποτελέσματα της άσκησης, είναι αναμφισβήτητα, και τα οφέλη της άσκησης υπερτερούν κατά πολύ των κινδύνων στους περισσότερους ενήλικες. Οι αρχές της Συνταγογράφησης στην άσκηση αποσκοπούν στο να καθοδηγήσουν την ανάπτυξη ενός εξατομικευμένου προγράμματος, με στόχο τη βελτίωση της φυσικής κατάστασης και της υγείας. Οι κατευθυντήριες οδηγίες για τη διαχείριση της υπέρτασης υπογραμμίζουν τις τροποποιήσεις του τρόπου ζωής, και περιλαμβάνουν τη Φυσική Δραστηριότητα ως αρχική θεραπεία, τη διακοπή του καπνίσματος, τη διαχείριση του βάρους, τη μειωμένη πρόσληψη νατρίου, τον περιορισμό της κατανάλωσης αλκοόλ και ένα συνολικό διατροφικό υγιεινό πλάνο.

Γεγονός είναι, ότι η υπέρταση είναι μια χρόνια πάθηση, που απαιτεί κλινική θεραπεία, αλλά και στρατηγικές με λιγότερες παρενέργειες και επεμβατικές διαδικασίες. Η σωματική άσκηση έχει αποδειχθεί ότι είναι ένα αποτελεσματικό και συμπληρωματικό «φάρμακο» για τη διαχείρισή της, με τα οφέλη της να έχουν υποστηριχθεί ευρέως από δεκάδες σχετικές μελέτες. Σε παγκόσμιο επίπεδο, το 23% των ενηλίκων και το 81% των εφήβων (ηλικίας 11-17 ετών) δεν πληρούν τις συστάσεις του ΠΟΥ για τη σωματική δραστηριότητα για την υγεία, και είμαστε υποχρεωμένοι να αναλάβουμε επειγόντως δράση, συμμορφώνοντας ασθενείς και ιατρούς.

Αν και η τρέχουσα ερευνητική βάση δεν είναι αρκετά ισχυρή, για να καταλήξει σε ένα σταθερό συμπέρασμα, μελέτες, που έχουν δημοσιευτεί μέχρι σήμερα, υποδηλώνουν ότι η δραστηριότητα μέτριας έντασης μπορεί να είναι αποτελεσματική στη μείωση της αρτηριακής πίεσης. Η τακτική σωματική δραστηριότητα έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στη μείωση του σχετικού κινδύνου εμφάνισης υπέρτασης κατά 19-30%, ενώ η χαμηλή Καρδιοαναπνευστική ικανότητα, στη μέση ηλικία, σχετίζεται με 50% μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης υπέρτασης. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια τόσο στους



άνδρες όσο και στις γυναίκες και συστήνεται, πριν από την έναρξη ενός νέου προγράμματος άσκησης, τα πρόσωπα με γνωστή υπέρταση να λάβουν άδεια και Σ συνταγογράφηση Άσκησης από τον ιατρό τους.

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό, και θα πρέπει να θυμόμαστε, ότι το κλειδί για ένα επιτυχημένο πρόγραμμα άσκησης είναι η συνέπεια στην εφαρμογή του. Μην προσπαθήσετε να κατακτήσετε τον κόσμο από την πρώτη φορά, και με υπομονή να ξεκινήσετε αργά, αυξάνοντας τη συχνότητα και τη διάρκεια του προπονητικού σας προγράμματος. Οι αερόβιες δραστηριότητες, όπως το περπάτημα, το κολύμπι, η ποδηλασία, πρέπει να αποτελούν τον πυρήνα του προγράμματος άσκησης και για το λόγο αυτό πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση. Ασκήσεις, που περιλαμβάνουν έντονη ισομετρική δράση, μπορεί να προκαλέσουν ακραίες και δυσμενείς διακυμάνσεις στην αρτηριακή πίεση και πρέπει να αποφεύγονται, ενώ όσο βελτιώνεται το προπονητικό σας επίπεδο προσθέστε χαμηλές αντιστάσεις, με προγράμματα κυκλικών προπονήσεων να προτιμώνται από τα ελεύθερα βάρη. Κατά τη διάρκεια των προπονήσεων με αντιστάσεις να αποφεύγεται το κράτημα

Ο ρόλος της διατροφής στην εποχή της COVID-19

Δρ. Ντορίνα (Θεοδώρα-Ειρήνη) Σιαλβέρα

Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κ. Κηφισιάς "Οι Άγιοι Ανάργυροι"

Πρόεδρος Πανελληνίου Συλλόγου Διαιτολόγων – Διατροφολόγων (ΠΣΔΔ).

Είναι γνωστό, ότι η κατανάλωση μιας ποικιλίας τροφίμων, ιδιαίτερα μέσω της Μεσογειακής διατροφής, μπορεί να βοηθήσει στην καλύτερη διαχείριση του βάρους, να προσφέρει ευεξία, να διατηρήσει την καλή λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος και να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης χρόνιων νόσων, όπως τα καρδιαγγειακά, σακχαρώδης διαβήτης και άλλα.

Για τον ίδιο ακριβώς λόγο, η ανεπαρκής διατροφική πρόσληψη σημαντικών θρεπτικών συστατικών συσχετίζεται με ένα αδύναμο ανοσοποιητικό σύστημα και, συχνά, με εξασθενημένη άμυνα του οργανισμού σε παθογόνους παράγοντες. Ωστόσο, δεν υπάρχουν «μαγικά» τρόφιμα ή υπερτροφές, ή συμπληρώματα που η κατανάλωσή τους και η μεμονωμένη πρόσληψή τους μπορεί να οδηγήσει σε τόνωση του ανοσοποιητικού. Η καλή πρακτική υγιεινής παραμένει το καλύτερο μέσο αποφυγής ιώσεων και μολύνσεων, καθώς και οι καλές και σταθερές, υγιεινές διατροφικές συνήθειες.

Στα πλαίσια αυτά, ένα μεγάλο εύρος μικροθρεπτικών συστατικών εμπλέκονται σε βασικούς ρόλους σε κάθε στάδιο της ανοσοαπόκρισης. Η Βιταμίνη C, η D και ο ψευδάργυρος είναι τα τρία μικροθρεπτικά συστατικά, που έχουν κεντρίσει την επιστημονική προσοχή, για τον πιθανό ρόλο τους στην υποστήριξη του ανοσοποιητικού συστήματος. Αντίστοιχα, ο χαλκός, το φυλλικό οξύ, ο σίδηρος, το σελήνιο και οι βιταμίνες A, Β6, Β12 εμπλέκονται στην καλή λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος. Όσον αφορά στη βιταμίνη D, που έχει βρεθεί στην κορυφή του επιστημονικού ενδιαφέροντος, φαίνεται ότι η ανεπάρκεια της αυξάνει τις πιθανότητες σοβαρότερης εκδήλωσης της νόσου COVID-19 και νοσηλείας, λόγω της λοίμωξης. Είναι, επίσης, γνωστό, από ερευνητικές μελέτες, ότι έχει παρατηρηθεί σημαντική ανεπάρκεια βιταμίνης D και στον ελληνικό πληθυσμό, ιδίως τους χειμερινούς μήνες.

Την περίοδο αυτή πραγματοποιήθηκαν, επίσης, ελληνικές μελέτες σχετικά με τις αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες, κατά το πρώτο lockdown. Πολλές μελέτες συνεχίζονται ακόμη και στο δεύτερο κύμα της πανδημίας. Τα αποτελέσματα δύο ελληνικών μελετών, σχετικά με τις αλλαγές στη διατροφή και τη σωματική δραστηριότητα, κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας, έδειξαν ότι:

- Το μέσο σκορ συμμόρφωσης στη Μεσογειακή Διατροφή ήταν χαμηλό, ωστόσο οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι βελτίωσαν τις διατροφικές τους συνήθειες και εντέλει μείωσαν την κατανάλωση fast food. Παράλληλα αυξήθηκε το μαγείρεμα στο σπίτι αλλά και η παρασκευή και



- κατανάλωση σπικτικών γλυκών και αρτοσκευασμάτων.
- Οι αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες επηρέασαν περισσότερο τα πρόσωπα που ήταν ήδη πιο ευαίσθητοποιημένα, όσον αφορά στη σημασία της υγιεινής διατροφής.
- Το 45% των συμμετεχόντων στη μελέτη COVIDiet μείωσαν τη σωματική δραστηριότητά τους. Το ποσοστό αυτό ήταν περαιτέρω αυξημένο στα πρόσωπα με παχυσαρκία.
- Στη μελέτη COV-EAT παρατηρήθηκε αύξηση του καθιστικού χρόνου και μείωση της σωματικής δραστηριότητας σε παιδιά και εφήβους.
- Αύξηση σωματικού βάρους και στις δύο μελέτες από το 21% των ενήλικων συμμετεχόντων και από το 32% των παιδιών και εφήβων. Η αύξηση βάρους ήταν πιο συχνή σε πρόσωπα με ήδη επιβαρυσμένο σωματικό βάρος (Δείκτη Μάζας Σώματος > 25).

Από τις αρχές της πανδημίας έγινε γνωστή η αμφίδρομη και επιβεβαιωμένη σχέση μεταξύ της παχυσαρκίας και της COVID-19. Πρόσφατες έρευνες έδειξαν, ότι τα πρόσωπα με παχυσαρκία έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα νοσηλείας, διασωλήνωσης και θνησιμότητας, αν προσβληθούν από τον ιό SARS-CoV2, ακόμα και σε ηλικίες κάτω των 50 ετών. Παρατηρήθηκε, ότι ο αυξημένος λιπώδης ιστός, μέσα από

Μη αλκοολική, λιπώδης νόσος του ήπατος (NAFLD)

Λάμπρος Χρυσσαυγής

Ιατρός, Υποψήφιος Διδάκτωρ της Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Ευάγγελος Χολόγκιτας

Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας ΕΚΠΑ, Α' Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Λαϊκό»

Είναι ιδιαίτερα αξιοσημείωτο, πώς μια σιωπηλή νόσος, χωρίς καθόλου συμπτώματα κατά τα αρχικά στάδια, αποτελεί ήδη τη δεύτερη αιτία μεταμόσχευσης ήπατος στις Η.Π.Α. Αξίζει, λοιπόν, να μάθουμε κάποια περισσότερα στοιχεία για αυτήν.

1. Τι είναι η μη αλκοολική, λιπώδης νόσος του ήπατος ή NAFLD (non-alcoholic fatty liver disease);

Η μη αλκοολική, λιπώδης νόσος του ήπατος (NAFLD) χαρακτηρίζεται από τη συσσώρευση λίπους εντός των ηπατοκυττάρων, μια κατάσταση που ονομάζεται στεάτωση. Η NAFLD περιλαμβάνει δύο οντότητες με διαφορετική πρόγνωση: α) την απλή στεάτωση και β) τη στεατοηπατίτιδα (NASH), όπου εκτός από τη στεάτωση υπάρχει και φλεγμονή του ήπατος. Η τελευταία μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη ουλώδους ιστού (δηλαδή ίνωσης) στο ήπαρ, κίρρωσης και ηπατοκυτταρικού καρκινώματος.

Η διάγνωση της στεάτωσης τίθεται συνήθως με τη διενέργεια υπερηχογραφήματος κοιλίας, όπου ο ακτινολόγος θα διαπιστώσει την ύπαρξη «λιπώδους διήθησης».

2. Αρκεί η ύπαρξη «λιπώδους διήθησης» στο ήπαρ για τη διάγνωση της NAFLD;

Όχι. Η διάγνωση της NAFLD απαιτεί τον αποκλεισμό άλλων αιτιών λιπώδους ήπατος και κυρίως την κατάχρηση αλκοόλ, οριζόμενη ως εβδομαδιαία κατανάλωση αλκοόλ ≥ 210 γραμμαρίων για τους άνδρες και ≥ 140 γραμμαρίων για τις γυναίκες (πρακτικά 2 ποτήρια μύρας ή 2 ποτήρια επιτραπέζιου οίνου ημερησίως για τους άνδρες και 1,5 για τις γυναίκες).

3. Πόσο συχνή είναι η NAFLD;

Η NAFLD θεωρείται ως η πιο συχνή αιτία χρόνιας ηπατοπάθειας παγκοσμίως, καθώς υπολογίζεται ότι ένας στους τέσσερις ή 25% του γενικού πληθυσμού πάσχει από NAFLD. Επιπλέον, το 70%-90% των παχύσαρκων ατόμων (BMI > 30 kg/m²) και το 70% των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) τύπου II πάσχουν από NAFLD.

4. Ποιά πρόσωπα κινδυνεύουν να εμφανίσουν NAFLD;

Αυξημένο κίνδυνο έχουν τα παχύσαρκα πρόσωπα, όσοι πάσχουν από μεταβολικό σύνδρομο, καθώς και πρόσωπα που ακολουθούν μια υπερθερμιδική διατροφή, με κατανάλωση κορεσμένων λιπών, αναψυκτικών και γενικά τροφών με αυξημένη περιεκτικότητα φρουκτόζης. Μάλιστα, η καθι-



στική ζωή επιτείνει τον ανωτέρω κίνδυνο. Ωστόσο, αξίζει να τονιστεί, ότι η NAFLD δεν αφορά αποκλειστικά στα υπέρβαρα/παχύσαρκα πρόσωπα, αλλά μπορεί να εμφανισθεί, με αρκετά μικρότερη συχνότητα βέβαια, και σε πρόσωπα με φυσιολογικό βάρος σώματος.

5. Σχετίζεται η NAFLD με αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακών συμβαμάτων;

Είναι αξιοσημείωτο, πως καρδιαγγειακά συμβάματα, όπως είναι το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και η καρδιακή ανεπάρκεια, αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου ασθενών με NAFLD. Επιπλέον, η NAFLD φαίνεται ότι αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για αρτηριοσκληρυνση των καρωτίδων και στεφανιαίων αρτηριών και, επομένως, για καρδιαγγειακή νόσο, καθώς ενεργοποιεί μηχανισμούς και γονίδια που ευνοούν την αθηρογένεση.

6. Υπάρχει θεραπεία για τη NAFLD; Ποιές οδηγίες πρέπει να δώσουμε στους ασθενείς με NAFLD;

Μέχρι στιγμής δεν υπάρχει καμία επίσημα εγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή για τη NAFLD.

Υγιεινοδιαιτητικά μέτρα και αλλαγή του τρόπου ζωής βρίσκονται στην αιχμή του δόρατος για την αντιμετώπιση