

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€

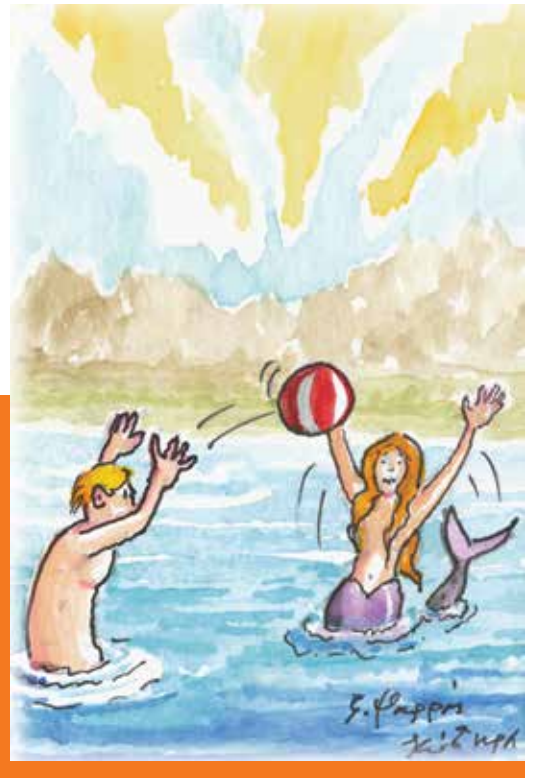
Καλοκαιρινές συμβουλές για καρδιοπαθείς

Γεώργιος Τρανταλής

Καρδιολόγος, Επιμελητής Καρδιολογικού Τμήματος,
"Ιπποκράτειο" Γ.Ν.Α.

Το καλοκαίρι στην Ελλάδα εμφανίζει πολύ συχνά υψηλές θερμοκρασίες και έντονη υγρασία. Από μόνο του αυτό μπορεί να προκαλέσει αίσθημα δυσφορίας και αδιαθεσίας, ακόμα και σε υγιείς ανθρώπους, ιδιαίτερος τις μεσημεριανές ώρες. Τα πράγματα γίνονται χειρότερα, αν ζει κάποιος στο κέντρο μίας μεγάλης πόλης και έχει κάποια καρδιοπάθεια.

Είναι χρήσιμο, επομένως, κατά τη διάρκεια της καλοκαιρινής περιόδου, οι άνθρωποι με καρδιοπάθεια, να προσέχουν και να τροποποιούν αναλόγως τις συνήθειές τους, καθώς επίσης και σε συνεννόηση με τον θεράποντα ιατρό τους να κάνουν τροποποίηση, όπου χρειαστεί, της φαρμακευτικής τους αγωγής. Η τακτική παρακολούθηση από τον θεράποντα ιατρό μας αποτελεί ένα ιδιαίτερα χρήσιμο στοιχείο για την καλύτερη και απρόσκοπτη συνέχιση της καθημερινής μας ζωής.



Πιο συγκεκριμένα, είναι καλό οποιεσδήποτε εξωτερικές δουλειές να τις κάνουν νωρίς το πρωί, οπότε και υπάρχει λιγότερη ζέστη, έτσι ώστε πριν το μεσημέρι να έχουν γυρίσει στη δροσιά του σπιτιού τους. Δηλαδή, αν θέλουν να πάνε για μπάνιο στη θάλασσα ή για τα ψώνια τους, να πηγαίνουν νωρίς το πρωί, ώστε στις 11 με 12 το πρωί να έχουν γυρίσει στο σπίτι τους. Αυτό είναι σημαντικό, διότι η ζέστη, η επακόλουθη αφυδάτωση με τον ιδρώτα και η δράση των φαρμάκων, τα οποία λαμβάνουν, μπορούν να τους προκαλέσουν προβλήματα.

Σημαντικό, επίσης, είναι, οι όποιες δουλειές να γίνονται με μικρή κόπωση και να μην διαρκούν πολύ σε χρόνο. Να γίνεται, δηλαδή, καταμερισμός των «δουλειών» σε πολλές μικρές, οι οποίες απαιτούν μικρή κόπωση και λίγο χρόνο (αφήνουμε και κάτι για αύριο, δεν χάλασε ο κόσμος!!!).

Προσοχή το απόγευμα δεν ξεκινάμε δουλειές νωρίς, μέσα στη ζέστη!! Δεν πάμε να καθαρίσουμε τον κήπο στις 4 ή 5 το απόγευμα ή να κόψουμε κλαδιά!!! Περιμένουμε να περιοριστεί η ζέστη ή το αφήνουμε για άλλη ημέρα.

Κατά τη διάρκεια του καλοκαιριού, είναι απαραίτητο να προσέχουμε την ένδυσή μας. Τα στενά και σκουρόχρωμα ρούχα θα πρέπει να αποφεύγονται. Αφήνουμε το σώμα να «αναπνέει». Τα σκουρόχρωμα ρούχα απορροφούν περισσότερη ηλιακή ενέργεια, με αποτέλεσμα να αυξάνεται η θερμοκρασία του σώματός μας, επομένως να «αναγκάζεται» η καρδιά να «δουλέψει» παραπάνω και να «κουράζεται». Το ίδιο συμβαίνει και με τα στενά ρούχα, τα οποία δεν αφήνουν να γίνει εξάτμιση του ιδρώτα και επομένως μείωση της θερμοκρασίας του σώματός μας. Όλα αυτά όταν έρχονται να προστεθούν σε μία, οριακά αντηρροπούμενη καρδιακή λειτουργία, την αποσυντονίζουν.

Αναλόγως της καρδιοπάθειας και σε συνεννόηση με τον θεράποντα ιατρό μας, θα ήταν καλό να προσέξουμε τη λήψη υγρών. Το καλοκαίρι, λόγω της ζέστης και επακόλουθης εμφάνισης του ιδρώτα, το σώμα μας χρειάζεται περισσότερη ποσότητα υγρών. Εδώ είναι απαραίτητη η συμβουλή του ιατρού μας, ο οποίος γνωρίζει τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του κάθε ασθενούς.

Τελειώνοντας, να θυμόμαστε πως: Προέχει η υγεία μας! Οι δουλειές εκεί θα είναι και δεν τελειώνουν ποτέ! Προσέχουμε τον εαυτό μας, προλαμβάνουμε καταστάσεις, για να μην ταλαιπωρηθούμε εμείς και τα αγαπημένα μας πρόσωπα. ●

Αποφυγή έκθεσης
τις ζεστές ώρες
της ημέρας,
στον ήλιο

Αποφυγή
της έντονης
σωματικής
κόπωσης

Χρήση
κατάλληλων
ενδυμάτων

Σωστή
λήψη υγρών

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. Μπαρμπετσέας, 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.

Καρδιο-ογκολογία: Μια συνεργασία ειδικοτήτων για τον ογκολογικό ασθενή

ΣΤΗΝ
ΕΛΛΑΔΑ...
ΚΑΙ ΤΟΝ
ΚΟΣΜΟ

Μαρία Δρακοπούλου

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

Κωνσταντίνος Π. Τούτουζας

Καθηγητής Καρδιολογίας, Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική,
"Ιπποκράτειο" Γ.Ν.Α.

Γρηγόρης Γεροτζιάφας

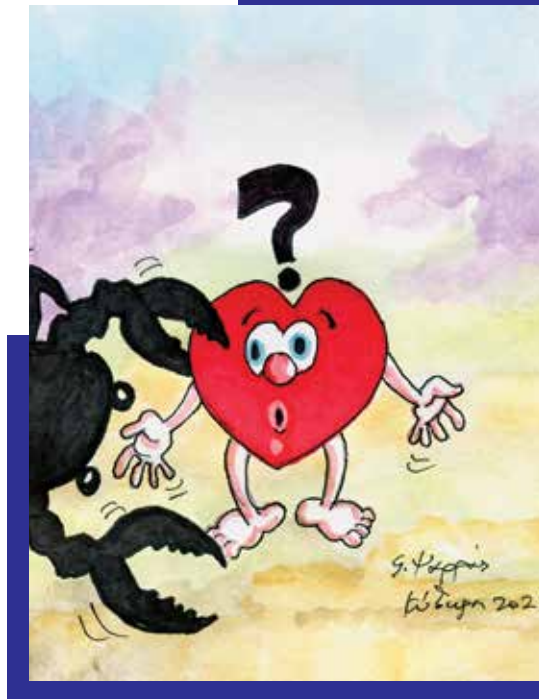
Καθηγητής Αιματολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Σορβόνης

Η καρδιο-ογκολογία είναι ένας σχετικά νέος τομέας της καρδιολογίας, που γεννήθηκε από την ανάγκη πρόληψης και αντιμετώπισης της καρδιοτοξικότητας (βλάβης στην καρδιά) που προκαλείται από τη θεραπεία κατά του καρκίνου. Αφορά έναν μεγάλο πληθυσμό, αφού η επίπτωση του καρκίνου αυξάνεται και ταυτόχρονα η θνησιμότητα των ογκολογικών ασθενών μειώνεται. Πράγματι, η επίπτωση του καρκίνου στους ενήλικες ασθενείς παρουσιάζει αυξητικές τάσεις τα τελευταία χρόνια. Τα στατιστικά στοιχεία από το 2020, στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, περιγράφουν συνολικά 2,7 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις ογκολογικών ασθενών. Ταυτόχρονα, οι εξελίξεις στη διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση του καρκίνου, κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, έχουν οδηγήσει σε σημαντική βελτίωση της επιβίωσης ασθενών με ογκολογικά νοσήματα.

Εντυπωσιακό είναι, ότι οι ασθενείς που επιβιώνουν από το ογκολογικό τους νόσημα κινδυνεύουν περισσότερο από την εκδήλωση καρδιαγγειακής νόσου. Πράγματι, η καρδιαγγειακή νόσος πολύ συχνά συνυπάρχει στους ογκολογικούς ασθενείς. Οι δύο νοσολογικές οντότητες μοιράζονται κοινούς προδιαθεσιακούς παράγοντες όπως το κάπνισμα, την υπέρταση, το σακχαρώδη διαβήτη, τη δυσλιπιδαιμία, την ανθυγιεινή διατροφή και την καθιστική ζωή. Πέραν όμως της συνυπαρξης της καρδιαγγειακής και της ογκολογικής νόσου, η χημειοθεραπεία, η ανοσοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία έχουν συσχετιστεί με σημαντική καρδιοτοξικότητα, που εκδηλώνεται στους ασθενείς αυτούς ως καρδιακή ανεπάρκεια, πνευμονική εμβολή, στεφανιαία νόσος, βαλβιδοπάθειες, αρρυθμίες, περικαρδιακή νόσος ή/και θρόμβωση.

Εκδηλώσεις καρδιοτοξικότητας σε ογκολογικούς ασθενείς

Καρδιακή ανεπάρκεια. Η πλέον γνωστή εκδήλωση της καρδιοτοξικότητας είναι η εμφάνιση καρδιακής ανεπάρκειας, δηλαδή η δυσλειτουργία της καρδιάς λόγω άμεσης βλαπτικής επίδρασης της χημειοθεραπείας, της ανοσοθεραπείας ή/και της ακτινοβολίας στον καρδιακό μυ. Οι ασθενείς εμφανίζουν συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας (κόπωση, δύσπνοια, οίδημα), τα οποία πολλές φορές διαλάθουν της διάγνωσης λόγω του υποκείμενου ογκολογικού



προβλήματος (συνήα αποδίδονται σε αυτό). Η εκδήλωση της καρδιακής ανεπάρκειας μπορεί να γίνει οξεία μετά τη λήψη του αντικαρκινικού φαρμάκου ή όψιμα. Κατά κανόνα είναι αναστρέψιμη, χωρίς να αποκλείονται περιπτώσεις μόνιμης βλάβης στην καρδιά. Η πιθανότητα να εκδηλωθεί καρδιοτοξικότητα σχετίζεται με:

- 1) το είδος του αντικαρκινικού φαρμάκου,
- 2) τη συνολική δόση,
- 3) την ηλικία,
- 4) τη νεφρική λειτουργία,
- 5) τη συγχορήγηση άλλων αντικαρκινικών θεραπειών,
- 6) την προϋπάρχουσα καρδιακή νόσο.

Η καρδιολογική εκτίμηση του ασθενούς θα πρέπει να γίνεται πριν την έναρξη χημειοθεραπείας ή/και ακτινοθεραπείας (για να υπάρχει μελέτη αναφοράς), καθώς και σε όλη τη διάρκεια αυτών, αφού η καρδιακή δυσλειτουργία μπορεί να εμφανιστεί οποιαδήποτε χρονική στιγμή της θεραπείας αλλά και αρκετά χρόνια μετά την ολοκλήρωσή της. Η εκτίμηση γίνεται με προσεκτική κλινική εξέταση, υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη (τρισιδιάστατη απεικόνιση και ειδικούς δείκτες ποσοτικοποίησης της ενδεχόμενης καρδιακής δυσλειτουργίας), μαγνητική τομογραφία και συγκεκριμένους βιοχημικούς δείκτες (τροπονίνη και τα νατριωρική πεπτιδία). Ειδικά για τα άτομα υψηλού κινδύνου πρέπει να σχεδιαστεί ένα λεπτομερές και κατάλληλα προσαρμοσμένο πλάνο διαχείρισής τους με τη συνεργασία του θεράποντα ογκολόγου και του εξειδικευμένου καρδιολόγου. Με βάση τον κίνδυνο καρδιοτοξικότητας που έχει κάθε ασθενής και το θεραπευτικό σχήμα που

πρόκειται να λάβει, καθορίζονται και τα χρονικά διαστήματα στα οποία θα πρέπει να εκτιμάται καρδιολογικά στη διάρκεια της θεραπείας και μετά την ολοκλήρωσή αυτής. Αν ο ασθενής παρουσιάσει καρδιακή ανεπάρκεια, ακόμη και χωρίς την παρουσία κλινικής συμπτωματολογίας, ακολουθείται η κλασική θεραπεία της καρδιακής ανεπάρκειας παράλληλα με τη θεραπεία για τον καρκίνο, εφόσον αυτή δεν μπορεί να διακοπεί. Μερικές φορές, με κοινή απόφαση καρδιολόγου και ογκολόγου, κρίνεται απαραίτητη η τροποποίηση ή ακόμα και η διακοπή της αντικαρκινικής αγωγής, για να μην εγκατασταθεί βαριά μη αναστρέψιμη καρδιακή ανεπάρκεια στον ασθενή. Η χορήγηση προστατευτικής αγωγής συχνά επιτρέπει την ολοκλήρωση χημειοθεραπείας, ακόμα και αν εκδηλωθούν σημεία καρδιακής δυσλειτουργίας.

Πνευμονική εμβολή. Οι ασθενείς με ογκολογικό νόσημα διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο σχηματισμού φλεβικού θρόμβου (στις εν τω βάθει φλέβες των κάτω άκρων). Ο θρόμβος αυτός μπορεί να μετακινηθεί προς την καρδιά και να οδηγήσει σε πνευμονική εμβολή. Ο κίνδυνος εκδήλωσης πνευμονικής εμβολής εξαρτάται από:

- 1) τον τύπο του καρκίνου,
- 2) το στάδιο της νόσου,
- 3) τη θεραπεία του καρκίνου,
- 4) τη νοσηλεία σε νοσοκομείο/ακίνησια,
- 5) το ιστορικό θρόμβων.

Οι ασθενείς με υποκείμενο ογκολογικό νόσημα και συμπτώματα δύσπνοιας, θωρακικού άλγους ή/και συκωπής θα πρέπει να εκτιμώνται για τον αποκλεισμό της πνευμονικής εμβολής και, εφόσον διαπιστωθεί, να αντιμετωπίζονται με αντιπηκτική αγωγή.

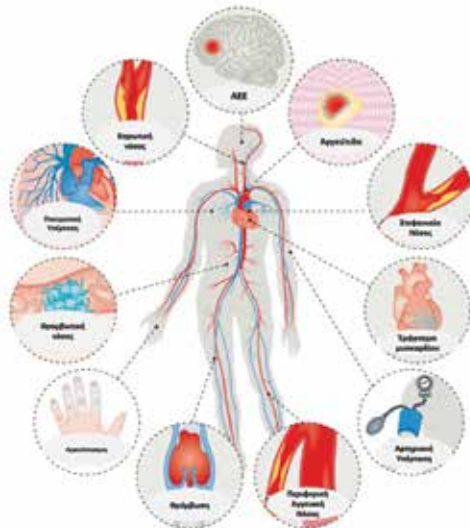
Στεφανιαία Νόσος. Η στεφανιαία νόσος (που πιθανόν προϋπάρχει) μπορεί να εκδηλωθεί κατά τη διάρκεια της αντικαρκινικής θεραπείας με συμπτώματα ισχαιμίας του μυοκαρδίου ή και εμφράγματος μυοκαρδίου. Ο μηχανισμός συνήθως σχετίζεται με την αγγειοσύσπαση (αγγειακή τοξικότητα) που προκαλούν ορισμένες θεραπείες επιδρώντας στο ενδοθήλιο (δηλαδή στο εσωτερικό τοίχωμα των στεφανιαίων αρτηριών) ή την τάση για θρόμβωση που προκαλείται από ενεργοποίηση μηχανισμών της πήξης του αίματος. Ένας ακόμα παράγοντας είναι η ακτινοθεραπεία, που με ακτινοβόληση του θώρακα μπορεί να οδηγήσει, ακόμα και δεκαετίες μετά την ολοκλήρωσή της, σε αβαστώσεις και επακόλουθες στενώσεις σε στεφανιαία αγγεία ή/και στα μεγάλα αγγεία του θώρακα (θωρακική αορτή και κλάδοι της). Οι στενώσεις αυτές συνήθως εντοπίζονται στα εγγύς τμήματα των στεφανιαίων αγγείων και εκδηλώνονται με συμπτώματα στηθάγχης (οπισθοστερνικού άλγους) στην προσπάθεια. Κατά την καρδιολογική εκτίμηση μελετώνται οι προϋπάρχοντες παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου (π.χ. υπέρταση, υπερχοληστερολαιμία, διαβήτης, νεφρική ανεπάρκεια) και γίνεται ρύθμιση αυτών. Επιπλέον, εκτιμάται η βαρύτητα της υποκείμενης στεφανιαίας νόσου και συνυπολογίζεται το συνολικό όφελος του ασθενούς από την επεμβατική (στεφανιογραφία) έναντι της συντηρητικής αντιμετώπισης. Η φαρμακευτική αγωγή πολλές φορές προσαρμόζεται ανάλογα με τον κίνδυνο αιμορραγίας. Σε αυτή την περίπτωση, υπάρχει συχνά δυσκολία στην επιλογή της αγωγής, καθώς οι ασθενείς με ενεργό κακοήθεια έχουν συγχρόνως αυξημένο κίνδυνο για θρόμβωση (κυρίως φλεβική θρόμβωση, πνευμονική εμβολή) και αυξημένο κίνδυνο για αιμορραγία (λόγω μείωσης αιμοπεταλίων, διαταραχών της αιμόστασης ή πρόσφατων χειρουργικών πράξεων). Η συνεργασία και με αιματολόγους, ασχολούμενους με την πήξη, είναι συχνά απαραίτητη.

Αρρυθμίες. Αρρυθμίες εμφανίζονται ενίοτε κατά τη θεραπεία ογκολογικών ασθενών. Συνηθέστερα οι ασθενείς πα-

ρουσιάζουν αίσθημα παλμών και εμφανίζονται με κολπική μαρμαρυγή ή κοιλιακή εκτακτοσυστολική αρρυθμία. Επειδή, μάλιστα, μερικά φάρμακα επηρεάζουν το καρδιογράφημα, η στενή παρακολούθηση είναι χρήσιμη για την αποφυγή σοβαρών αρρυθμιών με τη χορήγηση φαρμάκων.

Νοσήματα του περικαρδίου. Τα νοσήματα του περικαρδίου προκύπτουν από κακοήθεις νόσους, εκδηλώνονται είτε ως περικαρδιακή συλλογή υγρού είτε ως σκλήρυνση του περικαρδίου (από προηγούμενα ακτινοθεραπεία). Τέτοιες καταστάσεις οδηγούν σε δυσλειτουργία της καρδιάς, η οποία πιέζεται εξωτερικά. Συνήθως εκδηλώνονται με αίσθημα βάρους, ταχυκαρδία, κόπωση και δύσπνοια. Σύγχρονες απεικονιστικές τεχνικές (υπέρηχοι, αξονική και μαγνητική τομογραφία) βοηθούν στη διάγνωση και καθοδηγούν τις θεραπευτικές επιλογές.

Συμπερασματικά, οι ογκολογικές θεραπείες έχουν πετύχει σημαντικά αποτελέσματα, έχοντας επιμηκύνει την επιβίωση και βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο. Παράλληλα, όμως, δυνητικά μπορούν να προκαλέσουν σημαντικές παρενέργειες στο καρδιαγγειακό σύστημα. Όσο νωρίτερα διαγνωστούν και αντιμετωπιστούν οι επιπτώσεις αυτές στο καρδιαγγειακό σύστημα τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα η βλάβη της καρδιάς να αποκατασταθεί και ο ασθενής να μπορέσει να ολοκληρώσει τη θεραπεία του. Οι ασθενείς πρέπει να λαμβάνουν συγκεκριμένες οδηγίες αναφορικά με τη διακοπή του καπνίσματος και την τακτική άσκηση, ανάλογα με το επίπεδο της φυσικής τους κατάστασης και το λειτουργικό τους στάδιο. Έχει αποδειχθεί, ότι η άσκηση βελτιώνει την ψυχολογία τους, την έκβαση του καρκίνου και την ποιότητα ζωής τους, ενώ ταυτόχρονα μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιοτοξικότητας. Η συμβολή των καρδιολόγων και ιδιαίτερα αυτών που έχουν γνώση και εξειδίκευση στην καρδιο-ογκολογία είναι σημαντική, ώστε οι ασθενείς να λάβουν τη βέλτιστη αντικαρκινική θεραπεία, προστατεύοντας ταυτόχρονα το καρδιαγγειακό σύστημα και την ποιότητα ζωής τους. Επομένως, γίνεται κατανοητό, ότι οι ασθενείς με οποιαδήποτε νεοπλασματική νόσο, που πρόκειται ή έχουν ήδη υποβληθεί σε χημειοθεραπεία ή/και ακτινοθεραπεία, θα πρέπει να παρακολουθούνται συστηματικά από εξειδικευμένο καρδιολόγο. Η έγκαιρη διάγνωση, στενή παρακολούθηση και κατάλληλες θεραπευτικές παρεμβάσεις από τον καρδιολόγο σε συνεργασία με τον ογκολόγο βελτιώνουν την πρόγνωση των ασθενών αυτών. ●



Αιφνίδιος καρδιακός θάνατος και αθλητισμός

**ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ
ΧΘΕΣ
ΣΗΜΕΡΑ
ΑΥΡΙΟ**

Ανδρέας Συνετός

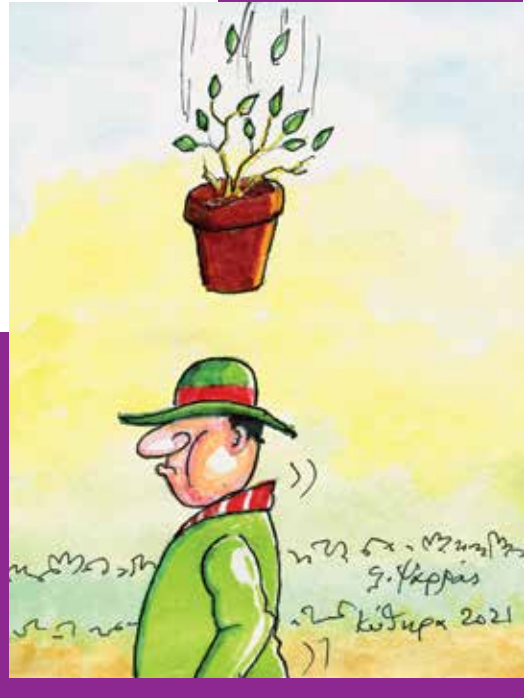
Καρδιολόγος, Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική,
"Ιπποκράτειο" Γ.Ν.Α.

Με αφορμή το περιστατικό της αιφνίδιας καρδιακής ανακοπής που υπέστη ποδοσφαιριστής σε πρόσφατο αγώνα του EURO 2021, είναι σημαντικό να κατανοήσουμε το μέγεθος του προβλήματος αλλά και το τι μπορούμε να κάνουμε για να προλάβουμε και να αντιμετωπίσουμε ένα τέτοιο περιστατικό.

Ο αιφνίδιος καρδιακός θάνατος είναι η αιφνίδια και απρόβλεπτη διακοπή της καρδιακής ή/και ταυτόχρονα της αναπνευστικής λειτουργίας.

Ο αιφνίδιος καρδιακός θάνατος είναι η αιφνίδια και απρόβλεπτη διακοπή της καρδιακής ή/και ταυτόχρονα της αναπνευστικής λειτουργίας. Αν δεν αντιμετωπιστεί άμεσα, στα 4 λεπτά επέρχεται μόνιμη εγκεφαλική βλάβη. Κάθε μέρα, στην Αττική, έχουμε περίπου 7-18 ανακοπές, το 20% περίπου των ανακοπών συμβαίνει σε δημόσιους χώρους, ενώ από αυτές το 50 - 85% οφείλονται σε απνιδώσιμους ρυθμούς, δηλαδή αντιμετωπίζονται με ηλεκτρικό shock. Συνήθως, μαθαίνουμε ότι κάποιος ή κάποια αισθάνθηκε αδιαθεσία, πόνο στο στήθος, φτερούγισμα ή φτερουγίσματα, ταχυπαλμία ή κενά στη λειτουργία της καρδιάς του, πολύ μεγάλη εξάντληση, έντονο ιδρώτα, δύσπνοια, ζάλη, και ότι κατέληξε ενώ μεταφερόταν στο Νοσοκομείο με ιδιωτικό μέσο ή ασθενοφόρο. Ο αιφνίδιος καρδιακός θάνατος οφείλεται είτε σε οξεία μηχανική δυσλειτουργία της καρδιάς, όπως στην περίπτωση ενός εκτεταμένου οξέος εμφράγματος μυοκαρδίου, είτε σε σοβαρή αρρυθμία, η οποία επηρεάζει άμεσα την αιμοδυναμική κατάσταση του ασθενούς. Οι αρρυθμίες που οδηγούν σε αιφνίδιο καρδιακό θάνατο δεν είναι οι απλές αρρυθμίες, που συνήθως όλοι μας αισθανόμαστε. Πρόκειται για σοβαρές αρρυθμίες, που οδηγούν σε άμεση αιμοδυναμική κατάρριψη, διότι δεν είναι δυνατή η αποτελεσματική συστολή της καρδιάς για την τροφοδοσία των οργάνων του σώματος με αίμα. Οι αρρυθμίες αυτές είναι η κοιλιακή ταχυκαρδία και η κοιλιακή μαρμαρυγή. Η μόνη δυνατότητα επαναφοράς είναι η άμεση ιατρική παρέμβαση και η χορήγηση ηλεκτρικού ρεύματος - απνίδωση, με ειδικό μηχάνημα, που ονομάζεται εξωτερικός απνιδωτής, για την ανάταξη του ρυθμού σε κανονικό φλεβοκομβικό ρυθμό.

Οι εξωτερικοί αυτόματοι απνιδωτές είναι μικρές ελαφριές και σχετικά φθηνές συσκευές, που ανιχνεύουν αυτόματα τον καρδιακό ρυθμό και δίνουν shock, κατασκευασμένοι για χρήση από μη ιατρούς. Η πρώτη απνίδωση (εντός 3-5 λεπτών) σημαίνει επιβίωση 50-70%, ενώ κάθε λεπτό καθυστέρησης μειώνει την επιβίωση κατά 10%. Η μείωση του χρόνου παρέμβασης είναι αναγκαία, δεδομένου ότι, με την έγκαιρη απνίδωση, αυξάνεται θεαματικά η επιβίωση του θύματος χωρίς νευρολογικές βλάβες. Οι συσκευές αυτές βρίσκονται, εκτός από τα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας, σε διάφορους πολυσύχναστους χώρους, όπως στα αεροδρόμια,



στα αεροπλάνα, στα εμπορικά κέντρα και απαιτείται ειδική (απλή) εκπαίδευση για τη χρήση του.

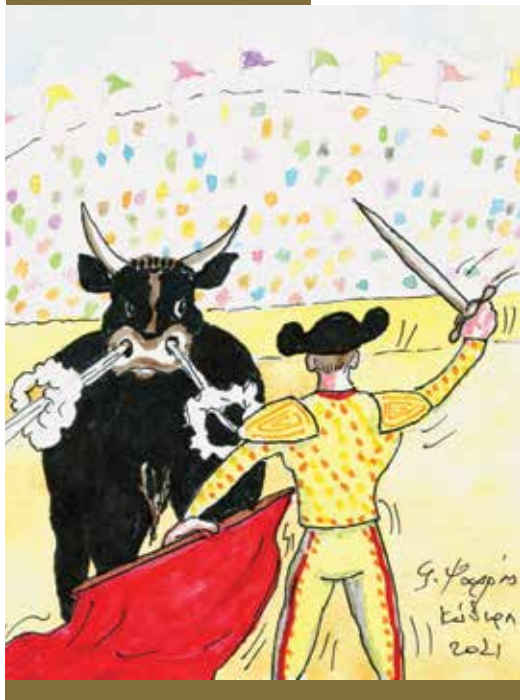
Η πρόληψη του αιφνιδίου αρρυθμικού καρδιακού θανάτου είναι κομβικής σημασίας. Βασική αρχή της πρόληψης είναι η πρόωμη διάγνωση της υποκείμενης καρδιοπάθειας, που προκαλεί τον αιφνίδιο θάνατο, και η αντιμετώπισή της.

Ο αιφνίδιος καρδιακός θάνατος οφείλεται είτε σε οξεία μηχανική δυσλειτουργία της καρδιάς, όπως στην περίπτωση ενός εκτεταμένου οξέος εμφράγματος μυοκαρδίου, είτε σε σοβαρή αρρυθμία, η οποία επηρεάζει άμεσα την αιμοδυναμική κατάσταση του ασθενούς.

Τα νοσήματα που έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης σοβαρών αρρυθμιών είναι:

- Στεφανιαία νόσος - με προηγηθέν έμφραγμα μυοκαρδίου.
- Διατακτική μυοκαρδιοπάθεια.
- Υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια.
- Βαλβιδοπάθειες.
- Διάφορα αρρυθμιολογικά νοσήματα με γενετικό υπόστρωμα.

συνέχεια στη σελ. 23 ▶



Μετά το βράδυ της Ανάστασης και την ημέρα της Κυριακής του Πάσχα, αλλά και τις επόμενες ημέρες, που πραγματικά η κατανάλωση κρέατος κυριολεκτικά απογειώνεται, αρχίζουν και οι τύψεις. Μήπως δεν έπρεπε να φάω τόσο πολύ κρέας; Και την πετσούλα, ήταν ανάγκη να φάω και την πετσούλα; Και το κοκορέτσι; Και καθώς αναρωτιόμαστε αν θα γλυτώσουμε και φέτος το έμφραγμα, κάνουμε το λάθος να ψάξουμε πληροφορίες στο διαδίκτυο και τότε είναι που μπερδευόμαστε ακόμη περισσότερο. Οι μελέτες, που έχουν δημοσιευτεί τα τελευταία χρόνια, παρουσιάζουν πραγματικά αντικρουόμενα αποτελέσματα, όπως αντικρουόμενες είναι, αντίστοιχα, και οι κατευθυντήριες οδηγίες των διαφόρων Επιστημονικών Εταιρειών.

Έτσι, μόλις πριν από δυο χρόνια, στο ιατρικό περιοδικό Annals of Internal Medicine, δημοσιεύτηκαν οδηγίες από το Nutritional Recommendations (NutriRECS) Consortium, σύμφωνα με τις οποίες δίδεται σύσταση στους ενήλικες να συνεχίσουν την κατανάλωση μη επεξεργασμένου κόκκινου κρέατος αλλά και την κατανάλωση επεξεργασμένου κρέατος. Αναφέρεται, βέβαια, ρητά, ότι η σύσταση αυτή είναι ασθενής και επιπλέον είναι βασισμένη σε ασθενείς αποδείξεις. Οι οδηγίες αυτές βασίστηκαν στη συστηματική ανάλυση πολλαπλών μελετών και καταλήξαν στην παραπάνω σύσταση, αφού διαπίστωσαν ότι η κατανάλωση κόκκινου κρέατος όντως αυξάνει τον κίνδυνο για καρδιαγγειακά επεισόδια και θάνατο, αλλά η αύξηση αυτή δεν είναι σημαντική και στους ανθρώπους αρέσει το κόκκινο κρέας. Άρα δε χρειάζεται να αλλάξουμε τις συνήθειές μας, όσον αφορά, αυτό το ομολογουμένως νοστιμότατο συστατικό της διατροφής μας! Αρκετά αμφιλεγόμενο και συζητήσιμο το συμπέρασμα αυτό, και αξίζει να αναφερθεί, ότι στην 14μελή επιτροπή που γνωμοδότησε συμμετείχαν τρία

Προβληματισμοί μετά το Πάσχα: Τελικά, το κόκκινο κρέας είναι βλαβερό για την καρδιά μας;

Γεώργιος Γκουμάς

Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών

μέλη της κοινότητας, που δεν ήταν ιατροί ή ειδικοί της διατροφής. Επιπλέον, στα θέματα που συζητήθηκαν, εκτός από τα πιθανά οφέλη και βλάβες στην υγεία, συμπεριελήφθησαν και οι πιθανές αξίες και προτιμήσεις των καταναλωτών, αλλά όχι τα θέματα της επιβάρυνσης του περιβάλλοντος και της κακομεταχείρισης των ζώων. Με λίγα λόγια, αφού στους ανθρώπους αρέσει το κόκκινο κρέας, ακόμη και το επεξεργασμένο, ας συνεχίσουν να το καταναλώνουν, παρά τη μικρή αύξηση του καρδιαγγειακού κινδύνου που προκαλεί!

Τι εννοούμε, όμως, όταν αναφερόμαστε στο κόκκινο κρέας; Και τότε αυτό θεωρείται επεξεργασμένο ή μη επεξεργασμένο; Με βάση το διατροφικό ορισμό, κόκκινο θεωρείται το κρέας που προέρχεται από οποιοδήποτε θηλαστικό ζώο, συμπεριλαμβανομένου και του χοιρινού κρέατος, ενώ λευκό θεωρείται το κρέας που προέρχεται από τα πουλερικά και τα ψάρια. Μη επεξεργασμένο θεωρείται το φρέσκο κόκκινο κρέας, όταν αφορά σ' ένα συγκεκριμένο τμήμα και δεν περιέχει πρόσθετα. Αν το κρέας είναι καπνιστό, σιτεμένο, αλατισμένο ή έχει διάφορα χημικά πρόσθετα τότε θεωρείται επεξεργασμένο. Παραδείγματα επεξεργασμένων κρεάτων είναι τα λουκάνικα, το ζαμπόν και το μπέικον. Μελέτες δείχνουν, ότι για κάθε 50 γραμμάρια επεξεργασμένου κρέατος που καταναλώνονται κάθε ημέρα, ο κίνδυνος για στεφανιαία νόσο αυξάνεται κατά 40% μέσα στα επόμενα χρόνια, ενώ το μεγαλύτερο μέρος αυτού του κινδύνου αποδίδεται στο επιπλέον αλάτι που προστίθεται στο κρέας ως συντηρητικό. Το μη επεξεργασμένο κρέας δεν είναι σε καμία περίπτωση τόσο επικίνδυνο, όμως αυτό δεν σημαίνει πως μπορούμε να τρώμε με ασφάλεια όση ποσότητα θέλουμε κάθε ημέρα.

Γιατί, όμως, υπάρχουν τόσα αντικρουόμενα ευρήματα και αδυναμία δημιουργίας κοινώς αποδεκτών κατευθυντήριων οδηγιών γενικότερα για τα περισσότερα θέματα διατροφής και ειδικότερα για την κατανάλωση κόκκινου κρέατος; Η έννοια της ιατρικής της βασισμένης σε αποδείξεις (evidence based medicine) στηρίζεται κυρίως σε τυχαιοποιημένες, ελεγχόμενες από εικονικό φάρμακο, διπλές-τυφλές μελέτες. Αυτό, όταν πρόκειται για φαρμακευτικές ουσίες, είναι αρκετά εύκολο να οργανωθεί και να εκτελεστεί, τα δε πρόσωπα που συμμετέχουν στις μελέτες, στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, είναι συνεπή στην καθημερινή λήψη της υπό διερεύνηση ουσίας. Όταν όμως μιλάμε για κόκκινο κρέας, η αντίστοιχη πρακτική είναι αρκετά πιο δύσκολη και περίπλοκη. Στις μελέτες αυτές χρησιμοποιείται ένα ερωτηματολόγιο, που δίνεται κάθε

ένα ή δυο χρόνια στους συμμετέχοντες, προκειμένου να απαντήσουν πόσο κόκκινο κρέας τρώνε κάθε ημέρα: πόσο εύκολο όμως είναι να θυμούνται ακριβώς και οι απαντήσεις να είναι αξιόπιστες; Στο γενικό πληθυσμό υπάρχουν χορτοφάγοι, αυτοί που καταναλώνουν μικρότερη ή μεγαλύτερη ποσότητα κόκκινου κρέατος και αυτοί που καταναλώνουν μόνο λευκό κρέας. Επίσης, σε κάθε μια από τις παραπάνω ομάδες υπάρχουν διακυμάνσεις ανάλογα με τη διάθεση και τη χρονική περίοδο, όπως, για παράδειγμα, γίνεται κατά τη διάρκεια των περιόδων νηστείας και των εορτών. Το «ικονικό φάρμακο», με το οποίο συγκρίνεται η μεγάλη κατανάλωση κόκκινου κρέατος, σε άλλες περιπτώσεις είναι η μικρή κατανάλωση κόκκινου κρέατος, σε άλλες περιπτώσεις η κατανάλωση μόνο λευκού κρέατος και σε κάποιες άλλες η πλήρης αποχή από το κρέας. Τα πρόσωπα που δεν τρώνε κρέας έχει μεγάλη σημασία να δούμε με τι το αντικαθιστούν, αφού αν καταναλώνουν πολλή ζάχαρη ή άλλα επιβλαβή κατά κανόνα λιπαρά αυτό μεπερδύει τα αποτελέσματα. Υπάρχουν μεγάλες διαφορές στον τρόπο παρασκευής, για παράδειγμα τηγανητό ή ψητό, αφού πολλά στοιχεία δείχνουν ότι και ο τρόπος μαγειρέματος του κρέατος έχει μεγάλη σημασία για την τελική επίδραση στην υγεία μας. Τέλος, υπάρχουν και τα συνοδευτικά, αφού είναι εντελώς διαφορετικό να τρώει κάποιος μπφιέκια με ψητά λαχανικά και διαφορετικό να τα τρώει με τηγανητές πατάτες και μαγιονέζα.

Το κόκκινο κρέας περιέχει σημαντική ποσότητα κορεσμένων λιπαρών και αυτό έχει συνδεθεί με τον κίνδυνο για στεφανιαία νόσο εδώ και πολλά χρόνια, από τα αποτελέσματα της μελέτης των Επτά Χωρών. Και εκεί όμως δεν μπορεί κάποιος να πει με βεβαιότητα, αν η διαφορά στο στεφανιαίο κίνδυνο ανάμεσα στις μεσογειακές και τις άλλες χώρες στη Βόρεια Ευρώπη και τις Ηνωμένες Πολιτείες οφειλόταν στη βλαπτική επίδραση των κορεσμένων λιπαρών, που καταναλώναν περισσότερο στη δεύτερη περίπτωση, ή στην προστατευτική δράση των μονοακόρεστων λιπαρών του ελαιόλαδου, που καταναλώναν περισσότερο στην πρώτη. Επίσης, σε μια άλλη μελέτη, όπου επεξεργάστηκαν στοιχεία από το Minnesota Coronary Experiment, δεν διαπιστώθηκε μείωση στη στεφανιαία θνησιμότητα, όταν πρόσωπα που καταναλώναν κορεσμένα λιπαρά συγκρίθηκαν με πρόσωπα που τα αντικατέστησαν με καλαμποκέλαιο και αντίστοιχες μαργαρίνες πλούσιες στο πολυακόρεστο λιναλαϊκό οξύ. Υπάρχει, λοιπόν, ένα θέμα, τι τρως στη θέση του κόκκινου κρέατος, με τι αντικαθιστάς τα κορεσμένα λιπαρά οξεία; Όταν έγιναν αυτές οι μελέτες, οι άνθρωποι είχαν την τάση να τρώνε αρκετούς υδατάνθρακες και τρανς λιπαρά. Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί ότι μικρές ποσότητες μη επεξεργασμένου κόκκινου κρέατος, όχι πάνω από 85 γραμμάρια την ημέρα, δεν εμπόδιζαν την εμφάνιση των ευεργετικών αποτελεσμάτων της μεσογειακής διατροφής στη μελέτη PREDIMED.

Γενικά, είναι αρκετά δύσκολο να ξεχωρίσεις και να απομονώσεις σε μια δίαιτα τα macronutrients (υδατάνθρακες, λιπαρά, πρωτεΐνες). Αντίστοιχα, και οι συμβουλές που δίνουμε στους ασθενείς μας πρέπει να είναι απλές και να αφορούν συγκεκριμένες τροφές που είναι πιο υγιείς, όπως για παράδειγμα είναι το άπαχο κρέας, τα φρούτα, τα όσπρια και τα λαχανικά. Γενικά, πρέπει να αποφεύγεται το επεξεργασμένο κόκκινο κρέας, ενώ το μη επεξεργασμένο να καταναλώνεται σε μικρές ποσότητες. Το κόκκινο κρέας ενδοχρόνως αυξάνει σε μικρό βαθμό τους κινδύνους για την υγεία μας και ίσως λίγο περισσότερο τον κίνδυνο για σακχαρώδη διαβήτη. Σε καμία μελέτη δεν έχει δείξει να μειώνει τους κινδύνους αυτούς, όπως για παράδειγμα κάνουν τα φρούτα, τα λαχανικά και το ελαιόλαδο. ●

συνέχεια από τη σελ. 21 ►

Με βάση το γεγονός ότι ο αιφνίδιος καρδιακός θάνατος είναι συχνός και στους αθλητικούς χώρους, η Ελληνική Καρδιολογική Εταιρεία, εδώ και πολλά χρόνια, αναδεικνύει με κάθε ευκαιρία την απόλυτη αναγκαιότητα του προ-αθλητικού ελέγχου, που είναι σημαντικός και επιβεβλημένος, διότι μπορεί να αποφευχθεί ένας αιφνίδιος θάνατος. Ταυτόχρονα έχει ιδιαίτερη προληπτική αξία, καθώς ενδέχεται να διαγνωσθούν κάποια παθολογικά ευρήματα, που απαιτούν ή τη διακοπή της έντονης αθλητικής δραστηριότητας ή τον αποκλεισμό κάποιων μορφών άσκησης.

Σε ηλικίες κάτω των 30 ετών, το 60% των αιφνidiων θανάτων οφείλεται συνολικά σε κληρονομικά καρδιαγγειακά νοσήματα και γι' αυτό το λόγο κρίνεται ιδιαίτερα σημαντικό, όταν τυχόν γίνεται διάγνωση καρδιαγγειακής νόσου, να ελέγχονται και τα άλλα μέλη της οικογένειας του ασθενούς. Επομένως, ο προληπτικός καρδιολογικός έλεγχος, για εκείνους που αθλούνται ή σκοπεύουν να αθληθούν, είναι επιβεβλημένος με λήψη ενός καλού οικογενειακού-ατομικού ιστορικού του αθλητή, κλινική εξέταση και ηλεκτροκαρδιογράφημα.

Καλό επίσης είναι να επαναλαμβάνεται ανά τακτά χρονικά διαστήματα από ιατρούς με εξειδικευμένες γνώσεις.

Επίσης, σε ό,τι αφορά τα παιδιά και τα αθλητικά προγράμματα στα οποία συμμετέχουν, οι γονείς δεν πρέπει να αμελούν τον προληπτικό καρδιολογικό έλεγχο για τα παιδιά τους.

Επιβεβλημένο είναι, στους χώρους άθλησης πάντα να υπάρχει εξωτερικός απινιδωτής καθώς και εκπαιδευμένο προσωπικό στην ΚΑΡΠΑ (γιατρός ή και διασώστες), ενώ εξαιρετικής σημασίας καθίσταται η πιστοποιημένη και σωστή εκπαίδευση των πολιτών στην Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση, κάτι που την κρίσιμη ώρα μπορεί να σώσει μια ζωή.

Είναι βασικό, η απινιδωση να χορηγείται άμεσα μετά την καρδιακή ανακοπή. Εάν η καρδιά δεν λειτουργήσει σε φυσιολογικό ρυθμό εντός 5 λεπτών, αυτό θα είναι μοιραίο. Εάν απινιδωθεί εντός του πρώτου λεπτού από την καρδιακή ανακοπή, οι πιθανότητες επιβίωσης του ασθενούς είναι περίπου 90%. Κάθε λεπτό που περνάει είναι κρίσιμο για την επιβίωση του ασθενή. Εάν η απινιδωση καθυστερήσει πάνω από 10 λεπτά, οι πιθανότητες επιβίωσης περιορίζονται αισθητά και καθίστανται σχεδόν μηδενικές.

Η Ελληνική Καρδιολογική Εταιρεία με τα πιστοποιημένα σεμινάρια (από την Ευρωπαϊκή Εταιρεία αναζωογόνησης -European Resuscitation Council- επίσημος επιστημονικός φορέας πιστοποίησης στην ΚΑΡΠΑ σε Ευρωπαϊκό επίπεδο) έχει προσφέρει τα μέγιστα στην ενημέρωση και την εκπαίδευση του κοινού αλλά και των υγειονομικών, όλα τα προηγούμενα χρόνια, με εκατοντάδες πιστοποιημένα σεμινάρια ΚΑΡΠΑ σε όλη τη χώρα και χιλιάδες εκπαιδευόμενους. Τα σεμινάρια αυτά αφορούν τόσο στη Βασική Υποστήριξη Ζωής (BLS -Basic Life Support - 4ωρες), εκπαιδούνται και πιστοποιούνται πολίτες (ΚΑΡΠΑ & χρήση απινιδωτή), όσο και στην Εξειδικευμένη Υποστήριξη Ζωής (ALS -Advanced Life Support - 2x10 ώρες), στην οποία εκπαιδούνται και πιστοποιούνται επαγγελματίες υγείας

Η Ελληνική Καρδιολογική Εταιρεία, ως Επιστημονική Εταιρεία «κορμού», έχει συμβόλαιο με το ERC, με βάση το οποίο εκπαιδύσε 5.500 πολίτες σε BLS μόνο τα τελευταία 3 χρόνια (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33845202>) και εκπαιδύσε 350 ιατρούς σε ALS τα τελευταία 3 χρόνια. ●

Εκστρατεία του Ελληνικού Διαδημοτικού Δικτύου Υγιών Πόλεων του Π.Ο.Υ.

για την Ενημέρωση Εκπαιδευτικών και Μελών
Συλλόγων Γονέων και Κηδεμόνων με θέμα:

«Μύθοι και Αλήθειες για τα αντιβιοτικά και τα εμβόλια»

Το Ελληνικό Διαδημοτικό Δίκτυο Υγιών Πόλεων του Π.Ο.Υ. διοργάνωσε για ακόμα μία χρονιά την Πανελλήνια Εκστρατεία Ενημέρωσης με θέμα: «Μύθοι και Αλήθειες για τα Αντιβιοτικά και τα εμβόλια». Η Εκστρατεία υλοποιείται από το Δίκτυό μας, με τη συνεργασία της Ελληνικής Εταιρείας Χημειοθεραπείας, την Ελληνική Εταιρεία Λοιμώξεων, υπό την αιγίδα του ΙΣΑ και με την ευγενική χορηγία της Pfizer. Στα πλαίσια του προγράμματος διοργανώθηκαν Διαδικτυακές Ημερίδες ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης των Εκπαιδευτικών της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης και Προσχολικής Αγωγής, αλλά και μελών των Συλλόγων Γονέων και Κηδεμόνων της χώρας.

Στόχος της Εκστρατείας είναι η ενημέρωση των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης και προσχολικής ηλικίας, στην ΟΡΘΗ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ και τη ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΩΝ ΕΜΒΟΛΙΩΝ, με σκοπό να εφαρμοστεί στις σχολικές αίθουσες ένα πρόγραμμα ενημέρωσης του μαθητικού πληθυσμού. Στο πλαίσιο της εκδήλωσης οι εκπαιδευτικοί λαμβάνουν έναν οδηγό εργασίας για τα παιδιά, που έχει τίτλο «Το Παιδαγωγικό υλικό της Ευρώπης: e-bug», ενώ έχουν την ευκαιρία να επιμορφωθούν με βιωματικό τρόπο, ώστε να μπορούν να μεταφέρουν την πληροφορία στους μαθητές τους, με στόχο την αλλαγή νοοτροπίας στη χρήση των αντιβιοτικών. Επιπλέον δίδεται σε όλους τους εκπαιδευτικούς από ένα αντίτυπο του παιδικού βιβλίου «Ποιος παγίδεψε την Πένυ Κιλλίνη», ενώ λαμβάνουν το ενημερωτικό έντυπο, που διατίθεται από τον ΕΟΦ, για την ορθή χρήση των αντιβιοτικών, όπως και πλούσιο οπτικοακουστικό υλικό το οποίο ψυχαγωγεί και συγχρόνως ενημερώνει τους μαθητές.

Για το σκοπό αυτής της Εκστρατείας έχει δημιουργηθεί κατάλληλο βιβλίο που απευθύνεται στους παιδικούς αναγνώστες με τίτλο «Ποιος παγίδεψε την Πένυ Κιλλίνη» από την αναγνωρισμένη συγγραφέα παιδικής λογοτεχνίας Ιωάννα Μπουλντούμη. Το βιβλίο έχει λάβει την έγκριση του Υπουργείου Παιδείας, Έρευνας & Θρησκευμάτων Φ14/226374/ΕΚ/1670/Δ1 για τη διανομή του στα δημοτικά σχολεία της χώρας μέσω των Δήμων-μελών του Δικτύου, η οποία και έχει ήδη ξεκινήσει με πολλά από αυτά τα βιβλία να βρίσκονται ήδη στις βιβλιοθήκες των σχολείων.

Στόχος της εκστρατείας είναι να διαφυλάξουμε τα αντιβιοτικά, φάρμακα τα οποία έσωσαν και εξακολουθούν να σώζουν εκατομμύρια ζωές μέχρι σήμερα. Η χώρα μας εξακολουθεί να κατέχει την πρώτη θέση στην Ευρώπη στην κατανάλωση αντιβιοτικών στην Κοινότητα, με αποτέλεσμα να έχουμε ένα από τα υψηλότερα ποσοστά μικροβίων ανθεκτικών στα αντιβιοτικά. Παράλληλα, τονίζεται η σημασία και τα οφέλη των εμβολίων τα οποία πρέπει να πραγματοποιούνται τόσο κατά την παιδική ηλικία όσο και μετά από αυτή, εστιάζοντας φυσικά και στον εμβολιασμό έναντι της Covid-19 λοίμωξης.

Στόχος της Εκστρατείας είναι η ενημέρωση των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης και προσχολικής ηλικίας, στην ΟΡΘΗ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ και τη ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΩΝ ΕΜΒΟΛΙΩΝ, με σκοπό να εφαρμοστεί στις σχολικές αίθουσες ένα πρόγραμμα ενημέρωσης τ του μαθητικού πληθυσμού.

Οι ομιλίες πραγματοποιήθηκαν από διακεκριμένους ιατρούς λοιμωξιολόγους, μέλη και συνεργάτες της Ελληνικής Εταιρείας Χημειοθεραπείας και της Ελληνικής Εταιρείας Λοιμώξεων, που συμμετέχουν εθελοντικά στο Πρόγραμμα. Η Εκστρατεία άρχισε από τους Δήμους της Αττικής τον Οκτώβριο 2014 και συνεχίζεται σε όλη την Ελλάδα. Από την έναρξη του προγράμματος έως σήμερα, έχουν συμμετάσχει συνολικά 98 Δήμοι από όλη τη χώρα, μέσω των οποίων ωφελήθηκαν περισσότεροι από 11.000 δημότες. Μόνο για το διάστημα Ιανουαρίου-Απριλίου του τρέχοντος έτους, πραγματοποιήθηκαν συνολικά 15 Διαδικτυακές Ημερίδες, συγκεκριμένα στους Δήμους Λαμιέων, Ευρώτα, Πεντέλης, Σπετσών, Ιωαννιτών, Π. Φαλήρου, Φλώρινας, Καστοριάς, Σαρωνικού, Αγίων Αναργύρων-Καματερού, Πύδνας-Κολινδρού, Βέροιας, Διδυμοτείχου, Αλίμου και Πυλαίας - Χοροιάτι και συμμετείχαν περισσότεροι από 470 εκπαιδευτικοί και γονείς. ●

Αγαπητό περιοδικό,

Είμαι 45 ετών, καπνίστρια και σε μια εβδομάδα έχω ραντεβού για εμβόλιο με AstraZeneca. Έχω ακούσει ότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για θρομβώσεις. Έχει νόημα να ξεκινήσω σαλοσπίρ ή κάποιο άλλο φάρμακο δυο-τρεις ημέρες νωρίτερα;

Αγαπητή αναγνώστρια,

Καταρχάς, συγχαρητήρια για το ραντεβού σου. Το εμβόλιο κατά του SARS-CoV-2 αποτελεί μια μεγάλη επιτυχία της επιστήμης και μάλιστα σε σύντομο χρονικό διάστημα.

Πράγματι, έχουν αναφερθεί κάποια περιστατικά θρομβώσεων 5-24 ημέρες μετά τον εμβολιασμό με εμβόλια που είχαν ως φορέα τον αδενοϊό. Τέτοια είναι το εμβόλιο AstraZeneca και Johnson & Johnson. Σε αυτό το σημείο όμως θα πρέπει να επισημάνουμε τα εξής:

Η πιθανότητα τέτοια θρόμβωσης είναι πάρα πολύ μικρή (περίπου 4-10 περιστατικά ανά 1.000.000!). Η διαφορά γίνεται αισθητή, αν σκεφτούμε ότι ο κίνδυνος θρόμβωσης σε γυναίκες που λαμβάνουν αντισυλληπτικά χάπια είναι 500-1.200 ανά εκατομμύριο! Επίσης, ο κίνδυνος θρομβώσεων σε περίπτωση νόσησης από κορωνοϊό είναι πολλαπλάσιος (165.000 ανά εκατομμύριο, δηλαδή 16,5%!).

Οι θρομβώσεις αυτές συνοδεύονται από θρομβοπενία (χαμηλά αιμοπετάλια) και συνεπώς αυξημένο κίνδυνο αιμορραγίας. Το σύνδρομο αυτό έχει χαρακτηριστεί σαν VITT (vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia).

Όλοι οι μεγάλοι διεθνείς οργανισμοί (Ευρωπαϊκός και Αμερικανικός Οργανισμός Φαρμάκων, EMA και FDA, αντίστοιχα) έχουν τοποθετηθεί επί του θέματος και προτείνουν την κανονική συνέχιση του προγράμματος εμβολιασμού παρά την εξαιρετικά σπάνια εμφάνιση αυτής της επιπλοκής.

Σε καμία περίπτωση η λήψη σαλοσπίρ δεν θα προστατέψει από την εμφάνιση αυτού του εξαιρετικά σπάνιου συνδρόμου. Δεδομένου μάλιστα ότι το σαλοσπίρ ανταγωνίζεται τη δράση των αιμοπεταλίων, μπορεί η λήψη του να αποδειχθεί και επικίνδυνη αν εμφανιστεί το σύνδρομο και πέσει ο αριθμός των αιμοπεταλίων (θρομβοπενία).

Επιπλέον, δεν έχει νόημα να προηγηθεί εργαστηριακός έλεγχος πριν τον εμβολιασμό. Τέλος, σε περίπτωση λήψης χρόνιας αντιπηκτικής αγωγής (π.χ. νεότερα αντιπηκτικά για κοιλιακή μαρμαρυγή) συστήνεται ο εμβολιασμός λίγο πριν τη λήψη της επόμενης δόσης, προκειμένου να αποφευχθεί ένα τοπικό μελάνιασμα.

Συμπερασματικά, αγαπητή αναγνώστρια, σου προτείνουμε να πας κανονικά και άφοβα στο ραντεβού για εμβολιασμό. Διότι, στην προκειμένη περίπτωση, το καλύτερο εμβόλιο είναι το πιο σύντομα διαθέσιμο εμβόλιο! 🟡

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

ΕΠΙΤΙΜΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ:

Γ. Κασιμάτης

Π. Τσάκος

ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ: Π. Τούτουζας

ΤΑΜΙΑΣ: Α. Γιαράκος

ΓΡΑΜΜΑΤΕΥΣ: Δ. Ρίχτερ

ΜΕΛΗ:

Χ. Βλαχόπουλος, Α. Δήμα, Κ. Καλαϊτζή,

Χρ. Στεφανάδης, Δ. Τούσουλης,

Κ. Τούτουζας, Στ. Ψυχάρης

ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ:

Γ. Ανδρικόπουλος, Β. Βοπέας,

Α. Βούτσας, Δ. Γκολδάκης, Γ. Γκουμάς,

Ν. Κασιλάμπρος, Ε. Παπαστεριάδης



**ΚΟΙΝΩΦΕΛΕΣ
ΙΔΡΥΜΑ**

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



ΥΠΕΡ ΤΩΝ ΣΚΟΠΩΝ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ

ΚΑΤΕΘΕΣΑΝ ΕΙΣ ΜΝΗΜΗΝ

- **Ανδρέα Μιχαηλίδη**, οι κ.κ. Παύλος και Ελένη Τούτουζα, το ποσό των 100€.
- **Χρήστου Χουλιάρα**, οι κ.κ. Παύλος και Ελένη Τούτουζα, το ποσό των 100€.
- **Νέδης Χατζηωάννου**, ο κ. Δημήτρης Ρίχτερ, το ποσό των 80€.
- **Μαρίας Δημητροπούλου**, ο κ. Κωνσταντίνος Τσίγκο, το ποσό των 50€.

ΥΠΕΡ ΤΩΝ ΣΚΟΠΩΝ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ

ΚΑΤΕΘΕΣΑΝ

- **Το Ίδρυμα Ευποιΐας "Ο Καλός Σαμαρείτης"**, το ποσό των 1.000€.
- **Ο κ. Στυλιανός Φουρλής**, το ποσό των 200€.
- **Ο κ. Παναγιώτης Αγγελής**, το ποσό των 100€.
- **Η κ. Ευφροσύνη Βασιλαρά**, το ποσό των 100€.
- **Ο κ. Εμμανουήλ Καλδέλλης**, το ποσό των 100€.
- **Ο κ. Λάμπρος Λαμπρόπουλος**, το ποσό των 100€.
- **Η κ. Αναστασία Βαφέα**, το ποσό των 50€.
- **Ο κ. Χρήστος Κακλέας**, το ποσό των 50€.
- **Ο κ. Χρήστος Καφίδας**, το ποσό των 50€.
- **Ο κ. Σταμάτιος Κλουδάς**, το ποσό των 50€.
- **Η κ. Νανά Κουμπλή**, το ποσό των 50€.
- **Ο κ. Αλέξανδρος Κυριάκου**, το ποσό των 50€.
- **Ο κ. Δημήτριος Λιώσης**, το ποσό των 50€.
- **Ο κ. Σταμάτης Σπύρου**, το ποσό των 50€.
- **Ο κ. Γεώργιος Φαβατάς**, το ποσό των 50€.
- **Ο κ. Γεώργιος Χατζόπουλος**, το ποσό των 50€.

συνέχεια από τη σελ. 31 ▶

Συνεπώς, είναι δυνατόν να οδηγηθεί κάποιος σε επιλογές τροφίμων με πολύ υψηλή περιεκτικότητα σε θερμίδες, λίπος και ζάχαρη σε περιόδους άγχους.

Παράλληλα, λόγω του ότι το άγχος συνοδεύεται συχνά με σωρεία αρνητικών συναισθημάτων, ένας μεγάλος αριθμός ατόμων συχνά αναπτύσσει συναισθηματική υπερφαγία, που χαρακτηρίζεται από μια ακατάσχετη επιθυμία για φαγητό, λόγω διαφόρων δύσκολων ψυχολογικών καταστάσεων.

Η συναισθηματική υπερφαγία είναι, μάλιστα, η συχνότερη διατροφική διαταραχή. Αυτός ο συνδυασμός "στρες και συναισθηματική υπερφαγία" αποτελεί ένα τέλειο έδαφος για την αύξηση του βάρους.

-Φαρμακευτική αγωγή που μπορεί να προκαλέσει αύξηση βάρους

Αρκετά συνταγογραφούμενα φάρμακα συνδέονται με την αύξηση βάρους. Ο κατάλογος περιλαμβάνει αντιψυχωσικά φάρμακα (φαρμακευτική αγωγή για τη θεραπεία διαταραχών όπως η σχιζοφρένεια και η διπολική διαταραχή), αντικαταθλιπτικά, μαζί με φάρμακα για τη θεραπεία ημικρανιών, επιληπτικών κρίσεων, υψηλής αρτηριακής πίεσης και διαβήτη. Ορισμένοι άνθρωποι, μάλιστα, βιώνουν αύξηση βάρους μετά την έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής μόνο επειδή αισθάνονται καλύτερα, γεγονός που οδηγεί σε καλύτερη όρεξη. Είναι σημαντικό να συνεργάζεται ο ασθενής με τον ιατρό του, ώστε να βρεθεί η κατάλληλη θεραπευτική φαρμακευτική αγωγή με μειωμένες παρενέργειες.

-Διακοπή καπνίσματος

Η διακοπή του καπνίσματος είναι μια από τις καλύτερες αλλαγές στον τρόπο ζωής που μπορεί να κάνει ο άνθρωπος για την υγεία του. Άλλωστε, ερευνητικές μελέτες έχουν δείξει, ότι οι βαρείς καπνιστές έχουν πιο αυξημένο σωματικό βάρος σε σχέση με τους ελαφρείς καπνιστές ή τους μη καπνιστές, εξαιτίας της χαμηλής φυσικής δραστηριότητας, της συνολικής ανθυγιεινής διατροφής, της συχνής υψηλής κατανάλωσης αλκοόλ και των αυξομειώσεων του βάρους.

Κατά μέσο όρο, τα άτομα που διακόπτουν το κάπνισμα αυξάνουν το βάρος τους κατά 3-10 κιλά. Ωστόσο, η αύξηση του σωματικού βάρους αποτελεί μικρού βαθμού κίνδυνο για την υγεία, συγκριτικά με τους κινδύνους που απορρέουν από το κάπνισμα και με την κατάλληλη συμβουλευτική, παρακολούθηση (6 μηνών τουλάχιστον) μπορεί να ανακοπεί η ανοδική πορεία του σωματικού βάρους.

Βεβαίως, υπάρχουν και άλλες παθήσεις ή καταστάσεις που μπορεί να επιδράσουν στο μεταβολισμό, όπως ο υποθυρεοειδισμός, η εμμηνόπαυση, το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών σε γυναίκες σε αναπαραγωγική ηλικία, αλλά και οι διαταραχές στην ινσουλίνη και στη ρύθμιση του σακχάρου. Έτσι, είναι σημαντικό να εντοπίζεται η πραγματική αιτία για την αύξηση του σωματικού βάρους και να ακολουθείται το κατάλληλο υγιεινοδιαιτητικό σχήμα καθώς και σωματική δραστηριότητα για την αντιμετώπισή της. ●

Υγεία, ιατρική περίθαλψη και ανθρώπινη ανάπτυξη

Ιωάννης Κυριόπουλος

Ομότιμος Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας (ΕΣΔΥ)
Πρόεδρος του Ινστιτούτου Οικονομικών της Υγείας

Η πανδημική κρίση έδειξε ότι η ασκούμενη πολιτική υγείας, τα τελευταία χρόνια, έχει υπερβεί τα όρια της. Ως εκ τούτου, οφείλει να υπερβεί την πρακτική της παθητικής διαχείρισης των συμπτωμάτων από τις χρόνιες στρεβλώσεις. Οι οποίες οξύνονται εξαιτίας της πλημμυρικής διαχείρισης, της απουσίας προτεραιοτήτων και της έλλειψης μεταρρυθμιστικής έμπνευσης.

Αν και η εθνική πολιτική για την υγεία και την ιατρική περίθαλψη οφείλει να εμπνέεται από την πρόθεση να δημιουργήσει αξίες στην υγεία, την ιατρική περίθαλψη και την κοινωνική και ανθρώπινη ανάπτυξη, εντούτοις βρίσκεται μακράν αυτού του στόχου. Το εγχείρημα αυτό μπορεί να επιτευχθεί διαμέσου της διεπιστημονικής τεκμηρίωσης, της διατομεακής εφαρμογής και της προτεραιοποίησης των επιλογών, με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

Για τούτο η πολιτική για την υγεία υπερβαίνει τα όρια μιας συμβατικής ρύθμισης εκκρεμοτήτων και θέτει ως στόχο μακράς εμβέλειας τη συντήρηση και βελτίωση του ανθρώπινου και διανοητικού κεφαλαίου της χώρας, γιατί αυτά αποτελούν το συγκριτικό πλεονέκτημα, τον πλούτο του έθνους.

Οι οδηγίες αυτές προσδιορίζονται από τη Διακήρυξη της Astana (2018), που αποτελεί συνέχεια και διεύρυνση της Διακήρυξης της Alma-Ata (1978) για την υγειονομική ανάπτυξη με βάση τη σύζευξη των πολιτικών για την πρωτοβάθμια φροντίδα και τη δημόσια υγεία. Αυτή η στρατηγική για την υγεία, την ιατρική περίθαλψη και την ανθρώπινη ανάπτυξη οφείλει να βασίζεται σε τρεις άξονες: **(α)** την πρόληψη και την φροντίδα υγείας, **(β)** την προσθήκη αξίας στην ιατρική περίθαλψη και **(γ)** την αναγνώριση ότι η υγεία είναι ο πλούτος του έθνους.

Η πρόληψη και η φροντίδα, που είναι ο πρώτος άξονας, αποσκοπεί στη προσθήκη αξίας στην υγεία με τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής, που σχετίζεται με την υγεία και στοχεύει στην αύξηση των ετών ζωής και κυρίως των ετών ζωής σε ευεξία. Στόχος που μπορεί να επιτευχθεί με την πρωτοβάθμια φροντίδα, την πρόληψη και τον προσυμπτωματικό έλεγχο, την έμφαση στη φροντίδα της οικογένειας και τον έλεγχο των συμπεριφορικών (κάπνισμα, παχυσαρκία, φυσική άσκηση) και κοινωνικών παραγόντων (φτώχεια, ανεργία) κινδύνου για την υγεία.

Αξίζει να επισημανθεί η σημασία της συμβολής μιας ποικιλίας άλλων αξιών -πλην της υγείας-, που αποτελούν κίνητρο για προληπτική συμπεριφορά στην υγεία. Στην πραγ-

ματικότητα, όμως, πρόκειται για την αξία της υγείας, την οποία μπορεί να εγγυηθούν και να διευρύνουν οι πολιτικές δημόσιας υγείας.

Ο δεύτερος άξονας αναφέρεται στην προσθήκη αξίας στην ιατρική περίθαλψη με την αποδοτική χρήση των ανθρώπινων, υλικών και οικονομικών πόρων. Το εγχείρημα αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσω της επιχειρησιακής βελτίωσης των νοσοκομείων και της εισαγωγής του επαγγελματικού «μάντζμεντ», ώστε να αναπτυχθεί «χώρος» για τη βελτίωση της θέσης των ιατρών, των νοσηλευτών και γενικά των επαγγελματιών υγείας, αλλά και της ανταποκρισιμότητας των υπηρεσιών στις προσδοκίες των πολιτών.

Η επίτευξη υψηλής αξίας για τους ασθενείς πρέπει να γίνει ο πρωταρχικός στόχος της παροχής ιατρικής περίθαλψης, με την αξία να ορίζεται ως οι εκβάσεις και τα αποτελέσματα της υγείας, τα οποία επιτυγχάνονται ανάλογα με τις «επενδύσεις» που τοποθετούνται στον υγειονομικό τομέα.

Στην ουσία πρόκειται για την ενσωμάτωση των αρχών της (ιατρικής) αποτελεσματικότητας, της (οικονομικής) αποδοτικότητας και της (κοινωνικής) ισότητας, που μπορεί να υπηρετηθούν αφενός με τη διασφάλιση της καθολικής ασφαλιστικής κάλυψης του πληθυσμού και αφετέρου με την εισαγωγή μεθόδων ελεγχόμενου ανταγωνισμού μεταξύ των προμηθευτών (ιατρών και νοσοκομείων).

Ο τρίτος άξονας σχετίζεται με την αναγνώριση ότι η υγεία συνιστά τον πλούτο του έθνους και η αξία της ανάπτυξης του υγειονομικού τομέα συνδέεται με τη βελτίωση της παραγωγής της φροντίδας υγείας, της έρευνας και της εκπαίδευσης. Ως εκ τούτου, μπορεί να συμβάλει στη δημιουργία θέσεων εργασίας και συμβολής στην αύξηση του ΑΕΠ, πράγμα που μπορεί να επιτευχθεί με τις συνέργειες όλων των εμπλεκόμενων μερών.

Στο πλαίσιο αυτό, το σύστημα υγείας μπορεί να προετοιμασθεί κατάλληλα να υποδεχθεί το τεχνολογικό και ψηφιακό μέλλον, που έρχεται με μεγάλη ταχύτητα στον υγειονομικό τομέα. Η υγεία συνιστά μαζί με την παιδεία και την οικονομία το τρίπτυχο της ανθρωπίνης (κοινωνικής, πολιτισμικής και οικονομικής) ανάπτυξης.

Για τούτο η πολιτική για την υγεία υπερβαίνει τα όρια μιας συμβατικής ρύθμισης εκκρεμοτήτων και θέτει ως στόχο μακράς εμβέλειας τη συντήρηση και βελτίωση του ανθρώπινου και διανοητικού κεφαλαίου της χώρας, διότι αυτά αποτελούν το συγκριτικό πλεονέκτημα, τον πλούτο του έθνους. Είναι αυτονόητο, ότι η πρόσθετη αξιών στην υγεία, την ιατρική περίθαλψη και την ανθρώπινη ανάπτυξη απαιτεί ως προϋποθέσεις την ύπαρξη διαφάνειας, δημοκρατίας και ακεραιότητας, πράγμα που είναι δυσχερές και σύνθετο στην παρούσα συγκυρία.

Η υγεία δεν είναι απλά ένα «τεχνικό» θέμα, είναι ένα ζήτημα πολιτικής και κουλτούρας. ●



Χούμους με αβοκάντο

Υλικά

300 γρ. ρεβίθια βρασμένα
2 μεσαία αβοκάντο καθαρισμένα και κομμένα στα δύο
3 κ.σ. ελαιόλαδο
1 1/2 κ.σ. ταχίνι
3 κ.σ. χυμό από λάιμ
1 σκελίδα σκόρδο
1/2 κ.γ. αλάτι
1/8 κ.γ. φρέσκο πιπέρι
1/8 κ.γ. κύμινο
1-2 κ.σ. φρέσκο κομμένο κόλιανδρο για διακόσμηση

Οδηγίες

Σε ένα μπλέντερ βάζετε τα ρεβίθια, το ελαιόλαδο, το χυμό από λάιμ και το σκόρδο και τα χτυπάτε για 2 λεπτά, μέχρι να μαλακώσουν. Ρίχνετε αλατοπίπερο και δοκιμάζετε. Προσθέτετε το κύμινο και τα αβοκάντο και ξαναχτυπάτε στο μπλέντερ για 1-2 λεπτά, μέχρι να γίνει το μείγμα κρεμώδες και απαλό. Βάζετε το χούμους σε μπολ και ρίχνετε λίγο ελαιόλαδο από πάνω, λίγο κόλιανδρο.

Θερμίδες 1.627 | Πρωτεΐνες 36,5γρ | Λίπη 121γρ
Υδατάνθρακες 120γρ | Χοληστερόλη 0χλγρ.

Φακοσαλάτα με μάραθο και πορτοκάλι

Υλικά

300 γρ. φακές φιλές
1 φρέσκο κρεμμυδάκι, ψιλοκομμένο
1 καρότο, ψιλοκομμένο
2 κουτ. γλυκού ψιλοκομμένος μάραθος
1 μαραθόριζα, λεπτοκομμένη σε φέτες
2 κουτ. γλυκού κουκουράρι
Μερικά φύλλα ρόκας
1 πορτοκάλι, σε φέτες, χωρίς πολλές ίνες
Αλάτι, φρεσκοτριμμένο πιπέρι

Για τη σάλτσα

150 ml ελαιόλαδο
1/2 κουτ. γλυκού ταχίνι

Ιδιαίτερες συνταγές...

Κωνσταντίνα Πάλλιου

Κλινικός Διατροφολόγος- Διαιτολόγος MSc

30 ml μηλόξιδο
Χυμός από 1 λεμόνι
Αλάτι, φρεσκοτριμμένο πιπέρι

Διαδικασία

Σάλτσα: Σε ένα μπολάκι ανακατεύουμε το ελαιόλαδο με το ταχίνι και ενσωματώνουμε το ξίδι και το χυμό, χτυπώντας με ραβδομπλέντερ, μέχρι να φτιάξουμε μια λεία, ομοιόμορφη σάλτσα. Νοστιμίζουμε με αλάτι και πιπέρι.

Σαλάτα: Βράζουμε τις φακές με μπόλικο κρύο νερό σε μέτρια φωτιά, για 30-40 λεπτά, μέχρι να μαλακώσουν, χωρίς να λιώσουν. Τις στραγγίζουμε. Τις αδειάζουμε σε σαλατιέρα, προσθέτουμε το κρεμμυδάκι, το καρότο, το μάραθο και αλατοπίπερο. Προσθέτουμε τη σάλτσα και ανακατεύουμε. Μοιράζουμε τη σαλάτα σε πιάτα, σκορπίζουμε σε κάθε μερίδα τις λεπτές φέτες μαραθόριζας, τα κουκουράρι, τη ρόκα και τις φετούλες πορτοκαλιού.

Θερμίδες 2.100 | Πρωτεΐνες 83γρ. | Λίπη 107γρ.
Υδατάνθρακες 205γρ. | Χοληστερόλη 0χλγρ.

Φουρνιστά λαχανικά με ντομάτα και ανθότυρο

Υλικά

300 γρ. πιπεριές Φλωρίνης, σε καρτέ 3-4 εκ.
300 γρ. κολοκύθια, σε κύβους 3-4 εκ.
200 γρ. καρότο, σε κύβους 3-4 εκ.
200 γρ. μελιτζάνες, σε κύβους 3-4 εκ.
200 γρ. πατάτες, σε κύβους 3-4 εκ.
3 κρεμμυδάκια φρέσκα, ψιλοκομμένα
1 κρεμμύδι ξερό, σε φέτες
2 σκελίδες σκόρδο, λιωμένες
1/2 μάτσο μαϊντανός, ψιλοκομμένος
100 ml ξηρό, λευκό κρασί
300 γρ. ντομάτες, ψιλοκομμένες
300 γρ. ανθότυρο σε κύβους
200 ml ελαιόλαδο
Αλάτι, πιπέρι φρεσκοτριμμένο

Διαδικασία

Ανακατεύουμε όλα τα υλικά σε ένα μεγάλο ταψί (εκτός από τις ντομάτες, το ανθότυρο και το μαϊντανό), ρίχνουμε 150 ml νερό, αλατοπιπερώνουμε, ανακατεύουμε καλά και ψήνουμε σε προθερμασμένο φούρνο στους 180°C για περίπου 45 λεπτά, μέχρι να μαλακώσουν και να ροδίσουν τα λαχανικά. Βγάζουμε το φαγητό για λίγο από το φούρνο και προσθέτουμε τις ντομάτες, το ανθότυρο και το μαϊντανό. Ανακατεύουμε και ψήνουμε για άλλα 5 λεπτά, μέχρι να λιώσει ελαφρώς το ανθότυρο.

Θερμίδες 2.800 | Πρωτεΐνες 55,5γρ. | Λίπη 242γρ.
Υδατάνθρακες 110γρ. | Χοληστερόλη 168χλγρ.

συνέχεια στη σελ. 30 ▶

Ο ρόλος της άσκησης στην Καρδιακή Ανεπάρκεια

**ΑΣΚΗΣΗ
ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ
ΣΠΟΡ**

Γεώργιος Βαβέτσας Ph.D.

Κλινικός Εργοφυσιολόγος



Η άσκηση, ως φάρμακο, έχει ήδη αναγνωριστεί παγκοσμίως, ως ένα πολύτιμο συμπλήρωμα στη θεραπευτική προσέγγιση της φροντίδας ασθενών, με σταθερή Χρόνια Καρδιακή Ανεπάρκεια. Η άσκηση βελτιώνει την καρδιακή λειτουργία, την αιμοδυναμική, τη λειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος, τη λειτουργία των περιφερικών αγγείων και των σκελετικών μυών. Οι προσαρμογές αυτές, μας επιτρέπουν να ασκούμαστε με μεγαλύτερες επιβαρύνσεις, ή να ασκούμαστε σε υπομέγιστες εντάσεις, με χαμηλότερη καρδιακή συχνότητα, λιγότερη δύσπνοια και κόπωση.

Η άσκηση μειώνει τα επίπεδα της νορεπινεφρίνης σε κατάσταση ηρεμίας και κατά τη διάρκεια της, μειώνει την εκροή των κεντρικών συμπαθητικών νευρών, ενισχύει τον έλεγχο του παρασυμπαθητικού με μια μετατόπιση από τη συμπαθητική δραστηριότητα και βελτιώνει τη μεταβλητότητα του καρδιακού ρυθμού με μια επιστροφή σε έναν πιο ισοροπημένο συμπαθητικό – παρασυμπαθητικό τόνο. Η άσκηση επίσης επιτρέπει σημαντική μείωση στην τοπική έκφραση της νέκρωσης όγκων κυτοκίνης παράγοντα-άλφα, της ιντερλευκίνης-1-β, της ιντερλευκίνης-6 και της επαγωγίσιμης σύνθεσης νιτρικού οξειδίου στους σκελετικούς μύες για ασθενείς με χρόνια ΚΑ, ενώ έχει και μια ωφέλιμη

επίδραση στους περιφερικούς φλεγμονώδεις δείκτες, που ανατακλούν την αλληλεπίδραση μονοκυττάρων / μακροφάγων-ενδοθηλιακών κυττάρων. Αυτές οι τοπικές αντιφλεγμονώδεις επιδράσεις της άσκησης εξασθενούν την καταβολική διαδικασία φθοράς, που συνδέεται με την εξέλιξη της ΧΚΑ. Επίσης, η άσκηση με αντίσταση αυξάνει αφενός το ρυθμό διέγερσης των νευρώνων και το συντονισμό της ενεργοποίησης και αφετέρου την ανατροφοδότηση του κινητικού φλοιού, που αυξάνει το ρυθμό παραγωγής δύναμης και επιτρέπει μεγαλύτερο νευρικό έλεγχο της κίνησης.

Οι ασθενείς με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια, έχουν υψηλά ποσοστά φυσικής ανικανότητας, που βασίζονται στην αυτοαναφερόμενη δυσκολία εκτέλεσης δραστηριοτήτων στην καθημερινή τους ζωή. Έχουν μειωμένη ικανότητα να εκτελούν απλές καθημερινές εργασίες, και έτσι μειώνεται η ποιότητα ζωής τους, αυξάνοντας το κόστος για τη φροντίδα της υγείας τους, και αυξάνοντας την ανάγκη για υποστήριξη και από άλλες υπηρεσίες.

Οι Δοκιμασίες άσκησης πλέον μπορούν να πραγματοποιούνται με ασφάλεια, και όταν αυτές συνδυάζονται με την έμμεση μέτρηση των εκπνεόμενων αερίων (Εργοσπιρομέτρηση) παρέχει όχι μόνον πληροφορίες σχετικά με αιμοδυναμικές και Ηλεκτροκαρδιογραφικές αποκρίσεις, αλλά και προγνωστικές. Οι ασθενείς με ΧΚΑ εμφανίζουν χαμηλότερη Μέγιστη Καρδιακή Συχνότητα κατά την άσκηση, διότι υπάρχει εξασθένηση της αντίστασης και της αγγειοδιαστολής των μεγάλων αγγείων, περιορίζοντας με τον τρόπο αυτό την περιφερική και τοπική ροή του αίματος.

Τα σχήματα που θα επιλέξουμε στο Συνταγολόγιο Άσκησης, θα πρέπει πάντα να περιλαμβάνουν αερόβιες δραστηριότητες, οι οποίες να πραγματοποιούνται τουλάχιστον 3 φορές ανά εβδομάδα. Η διάρκεια και η συχνότητα της άσκησης, πρέπει να αυξηθούν πριν από την ένταση της άσκησης. Αφού οι ασθενείς προσαρμοστούν, μπορούν να προστεθούν δραστηριότητες προπόνησης αντίστασης, οι οποίες να είναι 1-2 ανά εβδομάδα, και όχι σε συνεχόμενες ημέρες. Για τους περισσότερους ασθενείς, ο προβλεπόμενος όγκος άσκησης θα πρέπει να είναι 3-7 (MET-ώρα) ανά εβδομάδα. Προγράμματα διατάσεων θα ήταν πιο αποτελεσματικά αν πραγματοποιούνταν καθημερινά, αλλά και με 2-3 φορές την εβδομάδα έχουμε ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Κατά την εφαρμογή των καρδιοαναπνευστικών προγραμμάτων, εντάσεις στο 60-80% της HRR, αν υπάρχει δυνατότητα χρήσης Καρδιοσυχνόμετρου, ή στο 11-14 της RPE (Υποκειμενική Κλίμακα Αντίληψης Κόπωσης – Borg Scale), αν δεν υπάρχει δυνατότητα χρήσης Καρδιοσυχνόμετρου, είναι τα ιδανικά και ασφαλή διαστήματα εργασίας. Στα προγράμματα αντιστάσεων η διαφοροποίηση γίνεται με βάση την περιοχή του σώματος. Έτσι, για το άνω μέρος

του σώματος επιλέγουμε εντάσεις στο 40% της 1RM (Μέγιστης Επανάληψης), και για το κάτω μέρος του σώματος επιβαρύνσεις του 50% της 1 RM. Και στις δυο περιπτώσεις, η προοδευτικότητα των επιβαρύνσεων μπορεί να φτάσει μέχρι και το 70% της 1RM.

Η διάρκεια μιας αερόβιας προπονητικής μονάδας, μπορεί να ξεκινήσει μέχρι να πιάσουμε το στόχο των 30 λεπτών, και στην συνέχεια να αυξησουμε μέχρι και τα 60 λεπτά ανά προπονητική μονάδα. Η κόπωση στην αρχή είναι συχνή κατά τη διάρκεια της άσκησης αλλά μπορεί να αναφερθεί κόπωση και αργότερα, μέσα στην διάρκεια της ημέρας. Εάν εμφανιστεί κόπωση, η διακοπόμενη προπόνηση μπορεί να μειώσει το επίπεδο κόπωσης που παρατηρείται. Επιλέγουμε 6-8 ασκήσεις για τις μεγάλες μυϊκές ομάδες και εκτελούμε 2 sets στην κάθε άσκηση, των 15-20 επαναλήψεων. Διατάσεις μπορούν να πραγματοποιηθούν για 10-30 δευτερόλεπτα, μέχρι το σημείο ελέγχου και άνεσης.

Ιδανικός τύπος αερόβιων δραστηριοτήτων είναι το περπάτημα, ο κυλιόμενος διάδρομος και το στατικό ποδήλατο, ενώ η επιλογή συμβατικών μηχανημάτων για προπόνηση δύναμης, μαζί με προγράμματα ισορροπίας, έρχονται να καλύψουν μαζί με τις Στρωτικές και Δυναμικές διατάσεις και αυτές του PNF, τις επιλογές των τύπων άσκησης, σε προγράμματα αντιστάσεων και διατάσεων, αντίστοιχα. Σε ασθενείς με μεγαλύτερη προπονητική ηλικία και ικανότητα, μπορούμε να κάνουμε προπόνηση υψηλότερης έντασης, φτάνοντας και το 90% της HRR.

Ο όγκος της άσκησης, που πραγματοποιείται κάθε εβδομάδα, πρέπει να αυξάνεται αργά και σταθερά με την πάροδο του χρόνου, ενώ προγράμματα HIIT, υπό επίβλεψη, μπορούν να βελτιώσουν την VO2peak, η οποία και συσχετίστηκε με την αντίστροφη αναδιαμόρφωση της αριστερής κοιλίας.

Για όσους σχεδιάζουν να επιστρέψουν ή να ξεκινήσουν κάποια εργασία, η προπόνηση πρέπει να λάβει υπόψη, τις μυϊκές ομάδες και τα ενεργειακά συστήματα που απαιτούνται για την εκτέλεση αυτών των επαγγελματικών εργασιών, ιδίως για εκείνους τους ασθενείς των οποίων οι εργασίες είναι χειρωνακτικές.

Η άσκηση μπορεί να οδηγήσει σε βελτιωμένη ικανότητα σωματικής εργασίας, καλύτερη αντίληψη των απαιτήσεων στην εργασία, αυξημένη αυτο-αποτελεσματικότητα και μεγαλύτερη προθυμία να συνεχίσει ο ασθενής να εργάζεται.

Η άσκηση μπορεί να γίνει με ασφάλεια από τους ασθενείς με ελαφριά και μέτρια ΧΚΑ και συντελεί στην αύξηση της γενικής ευεξίας και τη μείωση της συναισθηματικής ανικανότητας. Υπάρχουν επίσης σημαντικές διαφορές στη διάθεση, την αυτοεκτίμηση, την ικανότητα επίλυσης προβλημάτων, την αντοχή στη σωματική κόπωση, τη σωματική ευκίνηση, το επίπεδο της σωματικής δραστηριότητας, τη σεξουαλική δραστηριότητα, την αντοχή στο στρες, καθώς επίσης της ποσότητας και ποιότητας του ύπνου, με μέγιστα όμως οφέλη, αυτά της αύξησης του μεταβολισμού του λίπους, της μείωσης των επιπέδων λίπους στην κυκλοφορία και την ικανότητα διατήρησης της ελαστικότητας των αρτηριών. ○

συνέχεια από τη σελ. 28 ▶

Κάρι με πατάτες και αρακά

Υλικά

1 κιλό πατάτες, καθαρισμένες και κομμένες σε κύβους 3-4 εκ.
2 μέτρια ξερά κρεμμύδια, σε λεπτές φέτες
2 σκελίδες σκόρδου, καθαρισμένες και ελαφρώς κοπανισμένες
1 κουτ. γλυκού τζιντζερ ξερό, σε σκόνη
1 κουτ. γλυκού κουρκουμάς
1/2 κουτ. γλυκού καυτερό τσίλι ή καυτερή πάπρικα σε σκόνη (ή όση θέλουμε)
1 κουτ. γλυκού κύμινο, σε σκόνη
1 κουτ. γλυκού κάρι, σε σκόνη
100 γρ. αρακάς, κατεψυγμένος
2 κουτ. σούπας φύλλα φρέσκου δυόσμου, χοντροκομμένα
80 ml ελαιόλαδο + λίγο ακόμη για το σερβίρισμα
Αλάτι, φρεσκοτριμμένο πιπέρι

Διαδικασία

Σε μια φαρδιά κατσαρόλα ζεσταίνουμε το ελαιόλαδο σε μέτρια φωτιά και σοτάρουμε τα κρεμμύδια, το σκόρδο και το τζιντζερ για περίπου 3- 4 λεπτά, μέχρι να μαλακώσουν ελαφρώς.

Προσθέτουμε τις πατάτες, το αλατοπίπερο, τον κουρκουμά, το τσίλι, το κύμινο και το κάρι και ανακατεύουμε απαλά. Ρίχνουμε 250 ml νερό και μαγειρεύουμε για 15-20 λεπτά, με σκεπασμένη την κατσαρόλα. Προσθέτουμε τον αρακά, ανακατεύουμε απαλά και συνεχίζουμε το μαγείρεμα με σκεπασμένη την κατσαρόλα για άλλα 10 λεπτά ή μέχρι να γίνουν οι πατάτες και ο αρακάς.

Αποσύρουμε από τη φωτιά, σκορπίζουμε το δυόσμο, περιχύνουμε με λίγο ωμό ελαιόλαδο και σερβίρουμε.

**Θερμίδες 1.945 | Πρωτεΐνες 30γρ. | Λίπη 100γρ.
Υδατάνθρακες 242γρ. | Χοληστερόλη 0χλγρ.**

συνέχεια από τη σελ. 32 ▶

Η χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια αποτελεί φλεγμονώδη κατάσταση, και αξιολόγοι έλληνες ερευνητές έχουν περιγράψει την πολύ συχνή συσχέτιση της καρδιακής ανεπάρκειας όχι μόνο με την απόλυτη σιδηροπενία αλλά κυρίως με τη λειτουργική σιδηροπενία. Σε αντίθεση με την αξιωματική παραδοχή που διατυπώθηκε σε προηγούμενη παράγραφο, κλινικές μελέτες έχουν δείξει ότι η λειτουργική σιδηροπενία, σε περίπτωση χρόνιας καρδιακής ανεπάρκειας, πρέπει να θεραπεύεται, διότι βελτιώνει την καρδιακή λειτουργία και την επιβίωση χωρίς συμβάσματα.

Θα πρέπει να τονιστεί, ότι η θεραπεία της λειτουργικής σιδηροπενίας εκτός των πλαισίων της καρδιακής ανεπάρκειας αντενδείκνυται. Επιπλέον, η αντιμετώπιση της λειτουργικής σιδηροπενίας στην καρδιακή ανεπάρκεια πρέπει να γίνεται μόνο κατόπιν σύστασης και με την καθοδήγηση του ειδικού καρδιολόγου. ○

Παράγοντες που συμβάλλουν στην αύξηση του σωματικού βάρους

Δρ. Ντορίνα (Θεοδώρα-Ειρήνη) Σιαλβέρα

Κλινική Διαιτολόγος - Διατροφολόγος

Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κ. Κηφισιάς "Οι Άγιοι Ανάργυροι"

Πρόεδρος Πανελληνίου Συλλόγου Διαιτολόγων - Διατροφολόγων (ΠΣΔΔ)

Το ενεργειακό ισοζύγιο του ανθρώπου, ως γνωστόν, καθορίζει άμεσα το βάρος του και επομένως τι θα δείξει η ζυγαριά. Αν επιθυμεί κάποιος να ανατρέψει το ενεργειακό ισοζύγιο, ώστε να προκύψει απώλεια βάρους, θα πρέπει είτε να ξοδέψει περισσότερες θερμίδες με τη σωματική δραστηριότητα, είτε να μειώσει αυτές που προσλαμβάνει ή ιδανικά και τα δύο. Αντίθετα, εάν ξεκινήσει να λαμβάνει περισσότερες θερμίδες από το συνηθισμένο ή μειώσει την καθημερινή του άσκηση, τότε είναι προφανές, ότι οι αριθμοί στην κλίμακα της ζυγαριάς θα σκαρφαλώσουν ψηλά.

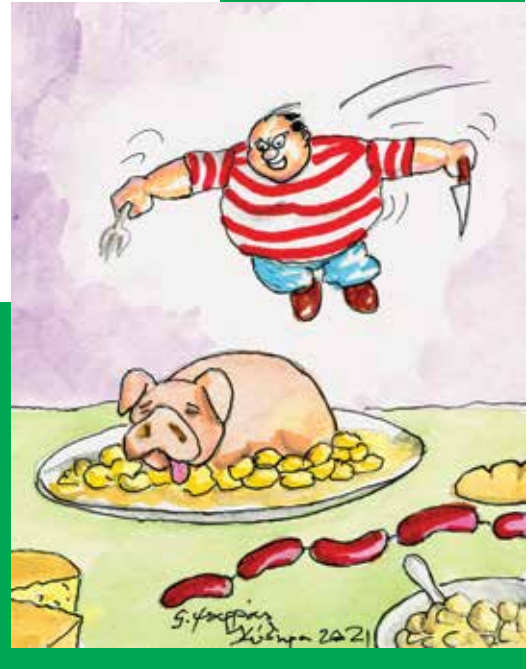
Ωστόσο, τι συμβαίνει αν διατηρήσει κανείς τις ίδιες συνθήκες όπως πάντα, αλλά το σωματικό βάρος συνεχίζει να αυξάνεται; Μήπως υπάρχουν και άλλοι παράγοντες, όχι και τόσο αναμενόμενοι, που προσδιορίζουν το βάρος αλλά και το σωματικό λίπος;

-Η έλλειψη ύπνου

Υπάρχουν δύο ζητήματα σε σχέση με την πολύωρη εργασία, τις βραδινές ώρες, τον ύπνο και την αύξηση βάρους. Πρώτον, είναι σαφές, πως όταν εργάζεται κάποιος μέχρι αργά, οι πιθανότητες είναι πολύ μεγαλύτερες να καταναλώσει κάποιο πλεονάζον σνακ ή και γεύμα αργά το βράδυ, τακτική που ουσιαστικά σημαίνει περισσότερες θερμίδες. Η δεύτερη αιτία περιλαμβάνει διαδικασίες και μηχανισμούς, που συμβαίνουν στο ανθρώπινο σώμα, όταν παρουσιάζει έλλειψη ύπνου. Οι αλλαγές στα επίπεδα ορμονών αυξάνουν την πείνα και την όρεξη και επιπλέον σχεδόν "απενεργοποιούν" το αίσθημα του κορεσμού, μετά το γεύμα.

-Στρες

Όταν οι απαιτήσεις της ζωής γίνονται πολύ έντονες, το σώμα μπαίνει σε κατάσταση επιβίωσης. Το σωματικό ή το ψυχολογικό στρες προκαλεί την έκκριση ουσιών ενδογενώς, όπως η αδρεναλίνη και η κορτιζόλη. Η αδρεναλίνη είναι η ουσία που παράγεται άμεσα και μας ενεργοποιεί έντονα, η κορτιζόλη παράγεται όταν το στρες διαρκεί και προκαλεί αύξηση της όρεξης.



Παράγοντες, όχι και τόσο αναμενόμενοι, που προσδιορίζουν το βάρος αλλά και το σωματικό λίπος:

→ Η έλλειψη ύπνου

→ Στρες

→ Φαρμακευτική αγωγή που μπορεί να προκαλέσει αύξηση βάρους

→ Διακοπή καπνίσματος

συνέχεια στη σελ. 26

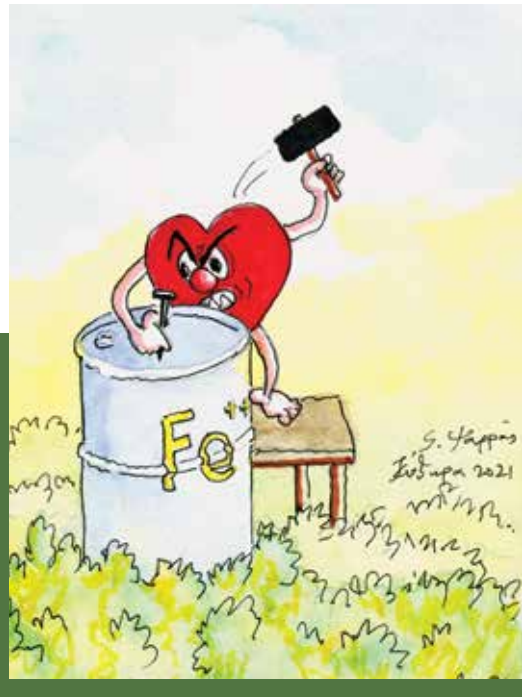
Λειτουργική σιδηροπενία και καρδιακή ανεπάρκεια

Παναγιώτης Τσιριγώτης

Αν. Καθηγητής Αιματολογίας, Β' Προπαιδευτική Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, "Αττικόν" Γ.Ν.Α.

Ο σίδηρος (Fe) αποτελεί για τον ανθρώπινο οργανισμό ένα από τα πολυτιμότερα ιχνοστοιχεία. Ένας ενήλικας με μέτριο, σωματικό βάρος, διαθέτει κατά προσέγγιση 3gr Fe, εκ των οποίων τα 2gr περιέχονται στην αιμοσφαιρίνη, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό από το υπόλοιπο 1gr αποτελεί τον Fe των αποθηκών ο οποίος βρίσκεται σε συσσωματώματα φερρίνης στο κυτταρόπλασμα των μακροφάγων. Ένα πολύ μικρό ποσοστό του Fe χρησιμοποιείται στη σύνθεση της μυοσφαιρίνης, καθώς και διαφόρων ενζυμικών συστημάτων με θεμελιώδεις λειτουργίες για τον ανθρώπινο οργανισμό, όπως τα κυτοχρώματα, η περοξειδάση κλπ. Ο άνθρωπος προσλαμβάνει περίπου 1-2mg Fe την ημέρα με την τροφή του, ενώ, υπό φυσιολογικές συνθήκες, 1-2mg Fe χάνονται καθημερινά με την απόπτωση των επιθηλιακών κυττάρων των βλεννογόνων και του δέρματος. Λόγω των πολύ χαμηλών ποσών Fe, που μπορούν να απορροφηθούν με τη διατροφή, ο ανθρώπινος οργανισμός δεν ανέπτυξε σύστημα αποβολής της περίσσειας Fe, αφού στη διάρκεια της εξέλιξής του το ανθρώπινο είδος είχε ως βασική προτεραιότητα να αντιμετωπίσει την ένδεια και όχι το πλεόνασμα Fe. Ένδεια Fe προκύπτει κυρίως ως αποτέλεσμα απώλειας αίματος, και δευτερευόντως λόγω συνδρόμου δυσασπορρόφησης ή μειωμένης πρόσληψης. Σε κάθε περίπτωση αρνητικού ισοζυγίου Fe, ανεξάρτητα της αιτιολογίας, ο οργανισμός χρησιμοποιεί για τις ανάγκες του τον Fe των αποθηκών μέχρις εξαντλήσεώς τους. Η πλήρης εξάντληση του Fe των αποθηκών περιγράφεται με τον όρο απόλυτη σιδηροπενία. Ο πιο αξιόπιστος δείκτης του Fe των αποθηκών είναι η φερρίνη του ορού, η οποία, όταν βρεθεί σε επίπεδα κατώτερα των φυσιολογικών μας, παρέχει με απόλυτη αξιοπιστία τη διάγνωση της σιδηροπενίας. Το μειονέκτημα της φερρίνης είναι ότι αυξάνει στη φλεγμονή, με αποτέλεσμα φυσιολογικές τιμές φερρίνης να μην δύνανται να αποκλέσουν την απόλυτη σιδηροπενία, σε συνύπαρξη φλεγμονώδους αντίδρασης. Η απόλυτη σιδηροπενία, χωρίς αναιμία χαρακτηρίζεται με τον όρο απλή σιδηροπενία. Εφόσον το αρνητικό ισοζύγιο μεταξύ προσφοράς και απώλειας Fe δεν αναστραφεί, η περαιτέρω μείωση του Fe θα οδηγήσει σε μειωμένη σύνθεση αιμοσφαιρίνης και στην εμφάνιση σιδηροπενικής αναιμίας.

Για πολλά χρόνια θεωρούσαμε ότι συμπτωματολογία μπορεί να προκύπτει μόνο ως αποτέλεσμα της μείωσης της αιμοσφαιρίνης και ότι η απλή σιδηροπενία δεν συνοδεύεται από αντικειμενική συμπτωματολογία. Σήμερα έχει γίνει κατανοητό, ότι και η απλή σιδηροπενία, απουσία αναιμίας, δυνατόν να ευθύνεται για πολύ ενοχλητικά συμπτώματα όπως η χρόνια κόπωση, η μειωμένη ικανότητα μάθησης, ικανότητα συγκέντρωσης, διαταραχές ούχων και τριχών, το σύνδρομο των "ανήσυχων ποδιών", κλπ. Η απλή σιδηροπενία επιβάλει την ίδια διαγνωστική προσέγγιση και θεραπεία όπως και η σιδηροπενική αναιμία.



Μία ακόμα σημαντική γνώση σχετικά με την ομοιοστασία του Fe προέκυψε ως αποτέλεσμα της μελέτης της αναιμίας της χρόνιας νόσου. Κατά τη διάρκεια φλεγμονώδους αντίδρασης, ανεξάρτητα αιτιολογίας, ο ανθρώπινος οργανισμός μειώνει τη διαθεσιμότητα του Fe. Στα πλαίσια αυτά παρατηρείται αύξηση της φερρίνης, ενώ μειώνεται η τιμή της τρανσφερίνης, η οποία είναι η πρωτεΐνη μεταφοράς του Fe, μειώνεται ο Fe του ορού και ο κορεσμός της τρανσφερίνης. Σκοπός των μεταβολών είναι η "παγίδευση" του Fe στις αποθήκες και η μείωση της διαθεσιμότητας στους ιστούς, φαινόμενο που έχει περιγραφεί και με τον όρο "σιδηροαχρησία". Η μειωμένη διαθεσιμότητα Fe, που διαπιστώνεται με το μειωμένο κορεσμό τρανσφερίνης και το μειωμένο Fe ορού χωρίς την ταυτόχρονη εξάντληση των αποθηκών του Fe, έχει χαρακτηριστεί με τον όρο "λειτουργική σιδηροπενία". Έχει διατυπωθεί η υπόθεση, ότι η σιδηροαχρησία που παρατηρείται κατά τη φλεγμονώδη διαδικασία, αποτέλεσε κατά την εξελικτική διαδικασία σημαντικό πλεονέκτημα επιβίωσης, ιδίως κατά την αντιμετώπιση λοιμώξεων από μικρόβια, πολλά εκ των οποίων έχουν ανάγκη το σίδηρο για την ανάπτυξή τους. Την ίδια διαδικασία ο ανθρώπινος οργανισμός κινητοποιεί όχι μόνο σε λοιμώδη νοσήματα αλλά σε οποιαδήποτε φλεγμονή, όπως οι κακοήθειες και τα χρόνια νοσήματα. Αποτελεί βασική αρχή, ότι η λειτουργική σιδηροπενία δεν πρέπει να θεραπεύεται με τη χορήγηση Fe, διότι αποτελεί μηχανισμό προσαρμογής του οργανισμού, ο οποίος δεν πρέπει να διαταράσσεται.

συνέχεια στη σελ. 30 ▶