

# ΣΤΟΥΣ ΡΥΘΜΟΥΣ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ  
ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ  
**HELLENIC HEART FOUNDATION**



## Προγράμματα καρδιαγγειακής αποκατάστασης σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια

### **Διονυσία Μπίρμπα**

Ακαδημαϊκή Υπότροφος, Β' Πανεπιστημιακή  
Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. "Αττικόν"

### **Ελένη Τριανταφυλλίδη**

Διευθύντρια ΕΣΥ, Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική  
Κλινική, Γ.Ν.Α. "Αττικόν"

**Η** καρδιακή ανεπάρκεια είναι ένα σύνθετο κλινικό σύνδρομο, το οποίο οφείλεται σε δομικές ή/και λειτουργικές ανωμαλίες της καρδιάς. Η καρδιακή ανεπάρκεια



αποτελεί συχνή αιτία εισαγωγών στο νοσοκομείο, λόγω της προοδευτικής επιδείνωσής της.

Οι στόχοι της θεραπευτικής αντιμετώπισης της καρδιακής ανεπάρκειας εστιάζουν στη μείωση της θνησιμότητας, της νοσηρότητας και των εισαγωγών στο νοσοκομείο, αλλά και στη βελτίωση της λειτουργικής ικανότητας και της ποιότητας ζωής των ασθενών. Η καρδιαγγειακή αποκατάσταση, συμπεριλαμβανομένης της άσκησης, αποτελεί μια θεραπευτική επιλογή, καθώς οι πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες την αναδεικνύουν ασφαλή και αποτελεσματική για τους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια.

Η καρδιαγγειακή αποκατάσταση είναι μια συντονισμένη και πολύπλευρη παρέμβαση με πολλές συνιστώσες. Περιλαμβάνει προγράμματα επιμόρφωσης των ασθενών και των οικογενειών τους, σχετικά με τη νόσο της καρδιακής ανεπάρκειας και των αιτιών αυτής, άσκηση, διαιτητικές συμβουλές, προγράμματα διακοπής καπνίσματος και γενικότερα οδηγίες για αλλαγή του τρόπου ζωής και ρύθμιση των παραγόντων κινδύνου (υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, σακχαρώδης διαβήτης).

Υπάρχουν στοιχεία, πως η καρδιαγγειακή αποκατάσταση βελτώνει την ικανότητα προς άσκηση, την ποιότητα ζωής, ενώ μπορεί να οδηγήσει σε μείωση των επανεισαγωγών και της θνησιμότητας.

Για να εφαρμοστούν τα προγράμματα καρδιαγγειακής αποκατάστασης, θα πρέπει ο ασθενής να μην έχει συμπτώματα απορρύθμισης της καρδιακής ανεπάρκειας και να μην παρουσιάζει επικίνδυνες αρρυθμίες. Επίσης, όταν υπάρχει σοβαρή μείωση της μυϊκής μάζας ή υποκείμενη πνευμονοπάθεια, το ρίσκο και το όφελος θα πρέπει να σταθμίζονται πριν την έναρξη των ασθενών στα συγκεκριμένα προγράμματα. Είναι επιβεβλημένη, λοιπόν, η προσεκτική εκτίμηση των χαρακτηριστικών του εκάστοτε ασθενούς ξεχωριστά, ώστε να υπάρξει όφελος από τα προγράμματα καρδιαγγειακής αποκατάστασης.

Η σημασία της άσκησης, ιδιαίτερα στην καρδιακή ανεπάρκεια, είναι πλέον αποδεδειγμένη. Η άσκηση βελτώνει τη λειτουργία του ενδοθελίου, μειώνει την περιφερική αγγειοσύσπαση και την καρδιακή συχνότητα, βελτώνει την καρδιακή παροχή αίματος, αυξάνει τη μυϊκή μάζα, μειώνει την ενεργοποίηση της φλεγμονής, ενώ ενδυναμώνει και την αναπνευστική λειτουργία. Στα ερωτήματα που εγείρονται για την επικινδυνότητα της άσκησης στην καρδιακή ανεπάρκεια, η απάντηση είναι πως η άσκηση είναι ασφαλής, με καταγεγραμμένο μόνο ένα θάνατο ανά 300.000 ώρες άσκησης ασκουμένων.

Η καρδιαγγειακή αποκατάσταση εφαρμόζεται σε τρεις φάσεις: κατά τη νοσηλεία, αμέσως μετά τη σταθεροποίηση του ασθενούς (φάση I), μετά την έξοδο του ασθενούς υπό επίβλεψη στο νοσοκομείο (φάση II) και ακολουθεί η φάση

συντήρησης σε ειδικά κέντρα ή ακόμα και κατ' οίκον μετά από κατάλληλη εκπαίδευση (φάση III).

Τα προγράμματα, κατά την πρώιμη περίοδο ανάρρωσης μέσα στο νοσοκομείο (φάση I), πρέπει να περιλαμβάνουν δραστηριότητες αυτοεξυπηρέτησης (έγερση και κάθισμα στην καρέκλα-ατομική υγιεινή), ασκήσεις για την αύξηση του εύρους κίνησης των αρθρώσεων, παρεμβάσεις δόρθωσης της στάσης του σώματος και περιπατητική κινητοποίηση του ασθενούς (μικρές αποστάσεις βαδίσματος με ελάχιστη βοήθεια 3-4 φορές/ημερσίως εντός της κλινικής). Στόχος αυτής της φάσης είναι η πρόληψη της απώλειας ικανότητας για συμμετοχή σε προγράμματα θεραπευτικής άσκησης.

Τα προγράμματα καρδιαγγειακής αποκατάστασης εφαρμόζονται σε σταθερούς κλινικά ασθενείς (λειτουργική τάξη κατά New York Heart Association I-III). Μάλιστα, η έγκαιρη έναρξη των ασθενών αμέσως μετά από μια νοσηλεία, λόγω απορρύθμισης της καρδιακής ανεπάρκειας, φαίνεται πως είναι ωφέλιμη.

Για την εφαρμογή της θεραπευτικής άσκησης είναι απαραίτητη η προσεκτική επιλογή των ασθενών, ο καθορισμός του πρωτοκόλλου άσκησης, της έντασης και της διάρκειας αυτού, ενώ απαραίτητη είναι η συνεχής ηλεκτροκαρδιογραφική παρακολούθηση κατά την άσκηση. Θα πρέπει, επίσης, σε κάθε συνεδρία άσκησης να εκτιμάται εξατομικευμένα ο καρδιαγγειακός κίνδυνος με την καταγραφή εκ των προτέρων του σωματικού βάρους, τυχόν συμπτωμάτων μεταβολής της κλινικής κατάστασης ή ενδείξεων μη ανοχής στην κόπωση, αλλά και παρακολούθωντας την καρδιακή συχνότητα και την αρτηριακή πίεση κατά την άσκηση.

Η διάρκεια και η ένταση της σωματικής δραστηριότητας καθώς και ο ρυθμός κλιμάκωσής της πρέπει να εξατομικεύονται σε κάθε ασθενή με καρδιακή ανεπάρκεια. Η μέγιστη προβλεπόμενη καρδιακή συχνότητα (220-ηλικία του ασθενούς), καθώς και κλίμακες υποκειμενικής αντίληψης της προσπάθειας είναι χρήσιμα εργαλεία για την εκτίμηση της έντασης της άσκησης. Όλοι οι ασθενείς, πριν την έναρξή τους σε προγράμματα καρδιαγγειακής αποκατάστασης μέσω της άσκησης, θα πρέπει να υποβάλλονται σε καρδιοαναπνευστική δοκιμασία κόπωσης σε τάπητα ή κυκλικό εργόμετρο (ποδήλατο), η οποία ως μια μη επεμβατική μέθοδος επιτρέπει την ολοκληρωμένη εκτίμηση της λειτουργικής ικανότητας του ασθενούς, της βαρύτητας της νόσου και της εξελικτικής της πορείας. Για τον καθορισμό της έντασης του προγράμματος αποκατάστασης μέσω της άσκησης, μετά την υποβολή σε καρδιοαναπνευστική δοκιμασία κόπωσης, χρησιμοποιείται το 50-80% της μέγιστης ικανότητας άσκησης του ασθενούς, με βάση τη μέγιστη κατανάλωση οξυγόνου ( $VO_2$  peak) ή την

συνέχεια στη σελ. 10

#### 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](mailto:elikar@elikar.gr) <http://www.elikar.gr>

ΕΚΔΟΤΗΣ: Κ. 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. Μπαρμετσάας, 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.

# Πολυβιταμίνες και διατροφή: ο ρόλος τους στην πρόληψη καρδιαγγειακών νοσημάτων

## Θεοφάνης Κοροβέσης

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

## Μαρία Δρακοπούλου

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

## Κωνσταντίνος Τούτουζας

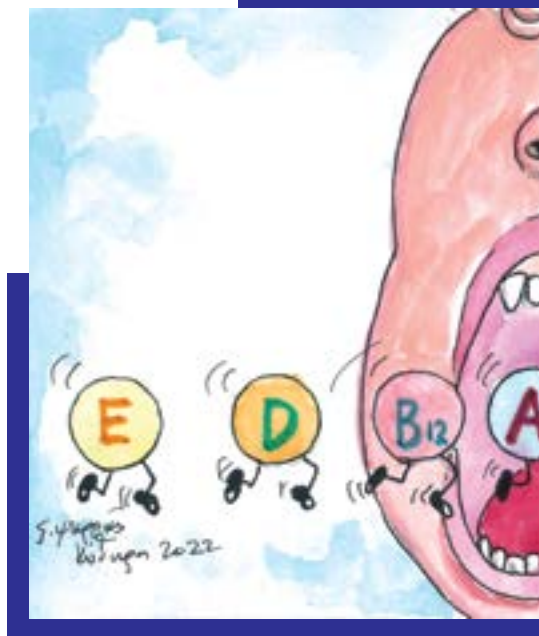
Καθηγητής Καρδιολογίας, Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, "Ιπποκράτειο" Γ.Ν.Α.

**Τ**α βιταμινούχα συμπληρώματα διατροφής είναι άρρηκτα συνδεδεμένα στην αντίληψή μας με την καλή διατροφή και την καλή υγεία. Μια αντίληψη η οποία καλλιεργείται συστηματικά από σωρεία διαφημίσεων τέτοιων προϊόντων, οι οποίες υπόσχονται μεγαλύτερες αντοχές, καλύτερο ύπνο και πολλά άλλα οφέλη, ενώ ταυτόχρονα προσπαθούν να απομακρύνουν την προσοχή από το μήνυμα πως τα συμπληρώματα δεν υποκαθιστούν μια ισορροπημένη διατροφή. Τι ακριβώς όμως είναι οι βιταμίνες και ποιος είναι ο ρόλος τους στην προστασία της καρδιάς;

## Βιταμίνες

Οι βιταμίνες είναι μια ομάδα οργανικών χημικών ενώσεων, οι οποίες είναι απαραίτητες για τη διατήρηση του οργανισμού στη ζωή, ωστόσο ο οργανισμός δεν έχει την ικανότητα να τις συνθέσει και έτσι πρέπει να τις λάβει μέσω της διατροφής. Συμμετέχουν σε πολλές μεταβολικές διαδικασίες που λαμβάνουν χώρα στον οργανισμό μας, ωστόσο, ελάχιστη ποσότητα βιταμινών είναι απαραίτητη για να εξασφαλιστεί η εύρυθμη λειτουργία. Αυτή η ελάχιστη

**ΣΤΗΝ  
ΕΛΛΑΔΑ...  
ΚΑΙ ΤΟΝ  
ΚΟΣΜΟ**



απαραίτητη ποσότητα διαφέρει από βιταμίνη σε βιταμίνη, αλλά δεν ξεπερνάει την τάξη των μίλι- ή μικρογραμμαρίων.

Το όνομά τους αποδίδεται στον Πολωνό βιοχημικό Καζίμιερς Φούνκ, που διατύπωσε τον όρο το 1912, και σημαίνει αμίνες, μια οικογένεια χημικών ενώσεων, ζωτικής σημασίας (vital amines, vitamins). Αξίζει, ωστόσο, να σημειωθεί, πως οι βιταμίνες μεταξύ τους διαφέρουν σημαντικά όσον αφορά τη χημική τους δομή και οι περισσότερες δεν ταξινομούνται στις αμίνες.

Σημαντική έλλειψη βιταμινών προκαλεί μια σειρά από ασθένειες που ονομάζονται αβιταμινώσεις, όπως το σκορβούτο που προκαλείται από την έλλειψη βιταμίνης C, αντίστοιχα η υπέρμετρη πρόσληψη βιταμινών προκαλεί τις λεγόμενες υπερβιταμινώσεις, τα συμπτώματα και η βαρύτητα των οποίων διαφέρει ανάλογα με τη βιταμίνη και την ποσότητα που καταναλώθηκε.

## Ρόλος στην καρδιαγγειακή νόσο

Ο ρόλος των βιταμινών στην πρόληψη της καρδιαγγειακής νόσου έχει μελετηθεί εκτενώς, χωρίς ωστόσο να έχουν βρεθεί ενθαρρυντικά δεδομένα για τη χρησιμότητά τους. Πλέον πρόσφατη είναι μια μετα-ανάλυση 35 τυχαίοποιημένων μελετών, με θέμα την επιρροή συγκεκριμένων βιταμινών και πολύβιταμινών στον καρδιαγγειακό κίνδυνο, η οποία δεν ανέδειξε σημαντικό όφελος από την πρόσληψη κανενός από τα πιο διαδεδομένα συμπληρώματα διατροφής. Η μελέτη αυτή έρχεται σε συμφωνία με τα παλαιότερα δεδομένα, τα οποία δεν είχαν αναδείξει κάποια βιταμίνη ως καρδιοπροστατευτική. Εξαιρέση αποτελούν κάποια δεδομέ-

**Οι βιταμίνες είναι μια ομάδα οργανικών χημικών ενώσεων, οι οποίες είναι απαραίτητες για τη διατήρηση του οργανισμού στη ζωή, ωστόσο ο οργανισμός δεν έχει την ικανότητα να τις συνθέσει και έτσι πρέπει να τις λάβει μέσω της διατροφής.**

## Η Μεσογειακή Πυραμίδα

**Μεσογειακή διατροφή: ένας τρόπος ζωής για το σήμερα**  
Διατροφικές οδηγίες για ενήλικες

Συμβουλή (α): μικρότερο της τυπικής μερίδας εστιατορίου, ποικιλία ανά τρόφιμο  
Κατανάλωση κρασιού με μέτρο, σιζόμενοι τις κοινωνικές πεποιθήσεις



να, τα οποία υποστηρίζουν πως η βιταμίνες του συμπλέγματος Β συμμετέχουν σε πολύ μικρό βαθμό στη μείωση των καρδιαγγειακών συμβαμάτων. Ωστόσο, πρέπει να λάβει κανείς υπ' όψιν, ότι τα υψηλά επίπεδα βιταμινών Β και φυλλικού οξέος έχουν ενοχοποιηθεί για αυξημένη εμφάνιση κακοήθειας. Εν κατακλείδι, δεν υπάρχει κάποια βιταμίνη ή συμπλήρωμα το οποίο θωρακίζει την καρδιά.

### Ο ρόλος της διατροφής

Το κλειδί τόσο στην πρόληψη της καρδιαγγειακής νόσου όσο και στην εξασφάλιση επαρκούς ποσότητας βιταμινών για την καλή λειτουργία του οργανισμού μας δεν είναι άλλο από την ισορροπημένη διατροφή, πρότυπο της οποίας αποτελεί η μεσογειακή διατροφή. Το όνομά της πηγάζει από ορισμένες διατροφικές "σταθερές" οι οποίες είναι κοινές στην πλειονότητα των χωρών της Μεσογείου.

Κεντρικούς πυλώνες της μεσογειακής διατροφής αποτελούν η καθημερινή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών (συνήθως συστήνονται 5 μερίδες), η χρήση ελαιόλαδου, πλούσιου σε πολυακόρεστα λιπαρά οξέα έναντι πηγών κορεσμένων λιπαρών οξέων, η αποφυγή επεξεργασμένων τροφίμων, τα οποία είναι χαμηλής θρεπτικής αξίας, η περιορισμένη χρήση αλατος (κάτω από 5gr ημερησίως). Από τη διατροφή αυτή δεν μπορούν να λείπουν πηγές υδατανθράκων, ωστόσο συστήνεται αυτές να είναι από προϊόντα ολικής άλεσης. Ψάρια και πουλερικά πρέπει να υπάρχουν εβδομαδιαίως στη διατροφή ενώ το κόκκινο κρέας πρέπει να περιορίζεται σε λίγες φορές το μήνα. Ένα με δύο ποτήρια κρασί συστήνονται ημερησίως έως 5 ημέρες την εβδομάδα.

Τα οφέλη της μεσογειακής διατροφής για την καρδιά είναι πολλαπλά. Οι περιορισμένοι υδατάνθρακες συμβάλλουν

στην πρόληψη της ανάπτυξης αντίστασης στην ινσουλίνη και στη συνέχεια σακχαρώδους διαβήτη, ενώ παράλληλα βοηθούν στην καλύτερη ρύθμιση του σακχαρώδους διαβήτη στους πάσχοντες. Αντίστοιχα, το περιορισμένο αλάτι συμβάλλει τόσο στην πρόληψη όσο και στην καλύτερη ρύθμιση της αρτηριακής υπέρτασης και οι πηγές πολυακόρεστων λιπαρών συμβάλλουν στη μείωση της «κακής» χοληστερίνης (LDL) και στην αύξηση της «καλής» (HDL). Τα τρία αυτά στοιχεία αποτελούν 3 από τους παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης καρδιαγγειακών νοσημάτων. Αν, λοιπόν, σε αυτή τη διατροφή προστεθεί και η τακτική σωματική άσκηση, με την αποφυγή ή διακοπή του καπνίσματος, τότε πλέον γίνεται λόγος για έναν τρόπο ζωής ο οποίος ελαχιστοποιεί την πιθανότητα εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων, επιβραδύνει την εξέλιξή τους και προστατεύει από τις δυσάρεστες συνέπειές τους.

Συνοψίζοντας, καμία βιταμίνη ή συμπλήρωμα δεν έχει θέση στην πρόληψη καρδιαγγειακών νοσημάτων. Θέση έχει, και μάλιστα προτεραιότητας, η ισορροπημένη διατροφή και η τακτική σωματική άσκηση, οι οποίες, παράλληλα, εξασφαλίζουν επαρκείς ποσότητες βιταμινών και ιχνοστοιχείων εξαφανίζοντας την όποια ανάγκη για συμπληρώματα διατροφής. ☺



# Η πρώτη ημέρα της υπόλοιπης ζωής μας

ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ  
ΧΘΕΣ  
ΣΗΜΕΡΑ  
ΑΥΡΙΟ

## Ανδρέας Συνετός

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

**Η** εμφάνιση ενός καρδιακού επεισοδίου αποτελεί μια δοκιμασία για αυτόν που το παθαίνει αλλά και για όλη του την οικογένεια. Ειδικά σε περιπτώσεις που ο ασθενής είναι μικρής ηλικίας, ο αντίκτυπος αλλά και οι απορίες που γεννιούνται, και ως έναν βαθμό θα πρέπει να απαντηθούν, είναι πολλές. Στην καλύτερη των περιπτώσεων η δοκιμασία ολοκληρώνεται με μια αγγειοπλαστική στα στεφανιαία αγγεία, ο ασθενής παίρνει εξιτήριο μετά από λίγες ημέρες, με οδηγίες να αλλάξει τη ζωή του και με μερικά φάρμακα να τον ακολουθούν δια βίου.

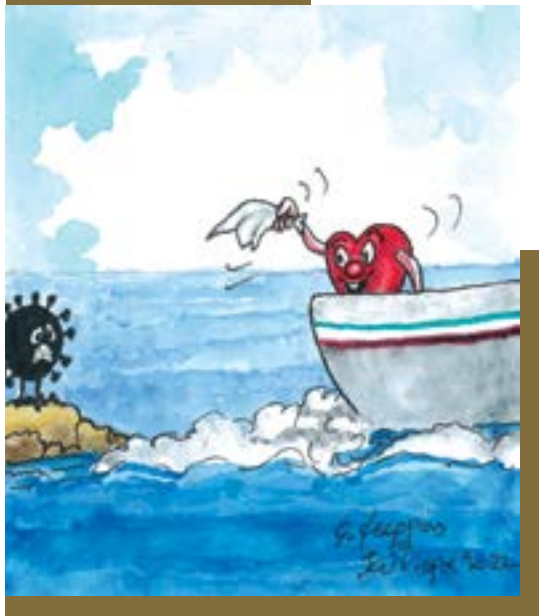
Η αναζήτηση της αιτίας αποτελεί την αρχική αντίδραση, κυρίως από την πλευρά της οικογένειας, με την αναζήτηση ευθυνών να αποτελεί το βασικό ερώτημα. Ερωτήσεις του τύπου "μήπως φταίει να τηγανητά φαγητά" έρχονται να καλύψουν την παντελή απουσία πρωτογενούς πρόληψης. Ασθενείς, εμφραγματίες πλέον, θεωρούσαν τους εαυτούς τους άτρωτους, κνηνημένοι στην καθημερινή ανάγκη για κέρδος, χωρίς αιματολογικές εξετάσεις, χωρίς τακτική πρόληψη και με άγνοια κινδύνου για το ότι η καρδιά τους μπορεί να τους προδώσει. Η περιγραφή αυτή φυσικά δεν καλύπτει συνολικά τους ασθενείς με έμφραγμα, καθώς υπάρχουν και αρκετοί που χαρακτηρίζονταν από την τακτικότητα και σχολαστικότητα τους στο να προσέχουν τη διατροφή τους και τις αιματολογικές εξετάσεις τους, να ασκούνται, να μην καπνίζουν και να περιορίζουν το σωματικό τους βάρος και το άγχος τους.

**Είναι σημαντικό να κατανοήσουμε ότι το καρδιακό επεισόδιο, ειδικά σε νέες ηλικίες, είναι ένα καμπανάκι. Αν το αγνοήσουμε, έχουμε κάνει ένα σημαντικό λάθος, το οποίο θα μας κοστίσει, αντίθετα, αν το λάβουμε σοβαρά υπόψη, τότε μπορούμε να βελτιώσουμε την ποιότητα της ζωής μας και να ζήσουμε πολλά και ποιοτικά χρόνια.**

Είναι σημαντικό να κατανοήσουμε ότι το καρδιακό επεισόδιο, ειδικά σε νέες ηλικίες, είναι ένα καμπανάκι. Αν το αγνοήσουμε, έχουμε κάνει ένα σημαντικό λάθος, το οποίο θα μας κοστίσει, αντίθετα, αν το λάβουμε σοβαρά υπόψη, τότε μπορούμε να βελτιώσουμε την ποιότητα της ζωής μας και να ζήσουμε πολλά και ποιοτικά χρόνια. Η αναζήτηση ευθυνών ωφελεί μόνο στην αναγνώριση των λαθών που κάναμε και τα οποία θα πρέπει να διορθώσουμε, και όχι στο να τιμωρήσουμε αυτόν που πιστεύουμε ότι φταίει.



Ο καρδιολόγος μας είναι ο ιδανικός άνθρωπος να καθοδηγήσει τον ασθενή στη νέα του πορεία, όχι μόνο συνταγογραφώντας τα απαιτούμενα φάρμακα, αλλά και στηρίζοντάς τον και ψυχολογικά και εξηγώντας του απλά τα επόμενα βήματα. Αυτό που πλέον λέμε δευτερογενής πρόληψη, βασίζεται στην επικοινωνία ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή, στην εμπιστοσύνη και στην ανεύρεση λύσεων, όπου φαίνεται αδιέξοδος. Η αδυναμία για διακοπή του καπνίσματος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με αναλυτική κουβέντα και ενδεχομένως με τη βοήθεια ειδικών επιστημόνων, για να επιτευχθεί ο στόχος. Αντίστοιχα, η άσκηση θα πρέπει να ενθαρρύνεται, ακόμα και αν ο ασθενής είναι αρνητικός από την αρχή ή αν αδιαφορεί. Οι αιματολογικές εξετάσεις θα πρέπει να αναλύονται με τις τιμές στόχους που θα πρέπει να πάσουμε, με αναλυτική παρουσίαση του χρονικού πλάνου του ελέγχου που ο καρδιολόγος έχει στο μυαλό του, με βάση τις διεθνείς οδηγίες, προσαρμοσμένες πάντα στον εκάστοτε ασθενή. Αυτό είναι λογικό να απαιτεί χρόνο και διάθεση και από τους δύο, χρόνος που είναι απαραίτητος για την ομαλή εξέλιξη. Και, φυσικά, σε όλο αυτό το πλάνο δεν πρέπει να υπάρχουν υπερβολές, όπως, για παράδειγμα, με το φαγητό, οι οποίες αντί να δράσουν αποτρεπτικά τελικά πεισιμώνουν τον ασθενή και φέρνουν το ακριβώς αντίθετο αποτέλεσμα. Για μια ακόμη φορά το «Πάν μέτρον ἄριστον» αποτελεί το θεμελιώδη λίθο της αντιμετώπισης του προβλήματος. 🍷



## Τι θα απομείνει από την πανδημία Covid19;

**Βασίλειος Σπανός**

Επεμβατικός Καρδιολόγος, Διευθυντής Αιμοδυναμικού  
Εργαστηρίου, Κεντρική Κλινική Αθηνών

ματικές και επικίνδυνες. Η ταυτόχρονη επιδίωξη κολοσσών της ενημέρωσης, όπως το αμερικανικό CNN, να αναδείξουν την ανεπάρκεια του τότε προέδρου των Η.Π.Α. χάρισε στον Έλληνα πρωθυπουργό πολλές συνεντεύξεις, στη διάρκεια των οποίων η Ελλάδα κατοχύρωσε την εικόνα μιας χώρας που αντιμετώπισε με αξιοθαύμαστο τρόπο μια υγειονομική κρίση, την ώρα που μεγάλες χώρες, όπως οι Η.Π.Α., δεν διαχειρίζονταν με τη δέουσα σοβαρότητα. Αυτές οι θετικές εντυπώσεις συντέλεσαν στην πολύ μεγάλη εισροή τουριστών στη χώρα μας τα καλοκαίρια της πανδημίας, αλλά και στη μεταβολή της εικόνας μας στη διεθνή κοινή γνώμη, που πλέον μας ακολουθεί. Μετά από πολύ καιρό, η Ελλάδα προβλήθηκε ως φορέας καλών ειδήσεων και όχι μέσα από εικόνες καταστροφής.

Κι ενώ οι ανεπάρκειες μας, που δεν είναι μόνο αριθμητικές, σε κλίνες μονάδων εντατικής θεραπείας δεν έγινε δυνατό να καλυφθούν κατά τη διάρκεια της πανδημίας, η υστέρησή μας στην ηλεκτρονική εποχή μεταμορφώθηκε σε πρωτοπορία. Οι ανάγκες που δημιούργησε ο περιορισμός των μετακινήσεων αξιοποιήθηκαν στο έπακρο, χάρη στις συντονισμένες προσπάθειες κατάλληλων ανθρώπων, με πρώτο τον Υπουργό Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, μεταμορφώνοντας τη χώρα από ουραγό σε πρωτοπόρο της νέας εποχής. Την ώρα που οι Έλληνες πολίτες επέλεγαν εναλλακτικές ημερομηνίες και κέντρα εμβολιασμού από το κινητό τους και ειδοποιούνταν σε αυτό με ηλεκτρονικό μήνυμα, πολίτες μεγάλων ευρωπαϊκών χωρών ενημερώνονταν ταχυδρομικά, πως έπρεπε να μεταφερθούν χιλιόμετρα μακριά από τον τόπο κατοικίας τους για να εμβολιαστούν. Η μεταμόρφωση της χώρας, όσον αφορά στη διεκπεραίωση πλήθους συναλλαγών σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα μέσω του διαδικτύου, αποτελεί πλέον πολύτιμη παρακαταθήκη με πολλαπλές ωφέλειες τόσο για την καθημερινότητα του πολίτη όσο και για την οικονομία. Θεωρείται άλλωστε σίγουρο, πως η ψηφιοποίηση όλο και περισσότερων δραστηριοτήτων θα συνεχιστεί και μετά το τέλος της πανδημίας, καθιστώντας τη χώρα μας παράδειγμα προς μίμηση στον τομέα αυτό.

### Αλλαγές συμπεριφορών που θα μας ακολουθούν

Οι μεταβολές στην καθημερινή μας συμπεριφορά πιθανότατα θα μας επηρεάσουν και στο μέλλον. Θυμάμαι πόσο συμφωνούσα με συνάδελφο και φίλο χειρουργό, ο οποίος απέτρεπε συζύγους και παιδιά να ασπάζονται κατά τις συναντήσεις μας τους χειμερινούς μήνες. Είχε απόλυτο δίκιο, εξηγώντας πως «υπάρχουν και ιώσεις», αλλά μάλλον

**Τ**ην ώρα που γράφονται αυτές οι γραμμές, δεν μπορεί κανείς να είναι σίγουρος πως η πανδημία αποτελεί παρελθόν. Όσο κυκλοφορεί ο ιός, υπάρχει πάντα το ενδεχόμενο μεταλλαγής του σε μια πιο επιθετική μορφή ή μια μορφή που δεν επηρεάζεται καθόλου από τα υπάρχοντα εμβόλια, ανοίγοντας ένα νέο κύκλο μετάδοσης.

Επιλέγοντας το αισιόδοξο σενάριο, το τεύχος των Ρυθμών θα φτάσει στα χέρια σας εν μέσω εκτιμήσεων πως ολοκληρώνεται ο κύκλος της πανδημίας του Covid19. Πόσο ίδια ή διαφορετική θα είναι η καθημερινότητά μας όταν η πανδημία θα αποτελεί ανάμνηση; Τι μάθαμε, αν μάθαμε κάτι, στη διάρκειά της, πόσο αλλάξαμε και, τέλος, θα κάναμε κάτι διαφορετικό εφεξής;

### Ουδέν κακόν αμιγές καλού...

Η χώρα μας ωφελήθηκε από τις εντυπώσεις που άφησε στη διαχείριση της πανδημίας, ιδιαίτερα κατά το πρώτο στάδιο, όταν δεν υπήρχε ομοφωνία στους τρόπους αντίδρασης κράτους και κοινωνίας. Η Ελλάδα υιοθέτησε πρωτόγνωρα μέτρα, όπως το καθολικό «lock down», νωρίτερα από άλλες χώρες και σε μια περίοδο, που πολλές φωνές θεωρούσαν τον Covid19 επικίνδυνο όσο και η γρίπη. Η απόφαση υπαγορεύθηκε, σε μεγάλο βαθμό, από τις πανθομολογούμενες αδυναμίες του Ε.Σ.Υ. στην αντιμετώπιση ενός κύματος νοσηλευόμενων, αντίστοιχου με αυτά που γονάτισαν περιοχές και χώρες με πολύ πιο προηγμένα συστήματα υγείας. Σε κάθε περίπτωση πάντως, η πασιφανής επιτυχία της αντιμετώπισης της πρώτης φάσης από μια μικρή χώρα συγκρίθηκε αναπόφευκτα με τοποθετήσεις ηγετών μεγάλων χωρών, όπως επί παραδείγματι του Ντόναλντ Τράμπ στις Η.Π.Α. και ανέδειξε την ελληνική κυβέρνηση ως σώφρονα, σε αντίθεση με προσεγγίσεις που αποδείχθηκαν εξωπραγ-

θεωρείτο ο «περίεργος» της παράας. Όχι πια! Το πιθανότερο είναι πως θα προσέχουμε πολύ περισσότερο τους τρόπους μετάδοσης των κάθε λογής ιώσεων εφεξής και κάποιοι εύλατοι συμπολίτες μας θα μπορούν να φορούν και μάσκα προστασίας σε κλειστούς ή πολυσύχναστους χώρους, χωρίς να αποτελούν αξιοπερίεργο θέαμα.

Η ευκολία της ηλεκτρονικής παραγγελίας για πλείστα αγαθά θα παραμείνει. Έτσι κι αλλιώς η πορεία των πραγμάτων εκεί οδηγούσε, αλλά αναντίρρητα η προσαρμογή όλων μας στη μακροχρόνια πανδημία επιτάχυνε τις σχετικές εξελίξεις. Η επιτάχυνση της προσαρμογής μας στη νέα εποχή αφορά τόσο άτομα, επαγγελματίες όσο και τις επιχειρήσεις. Η πολιτική ηγεσία οφείλει να συντονίσει τη μετάβαση, αυξάνοντας τα δίκτυα επικοινωνίας και συνδράμοντας παράγοντες της οικονομίας, που επιχειρούν το πέρασμα στη νέα εποχή, καθώς και απορροφώντας, κατά το δυνατό, αρνητικές επιπτώσεις, όπως εκτεταμένες απώλειες σχετικών θέσεων εργασίας. Όλα τα παραπάνω απασχολούν το δημόσιο διάλογο εδώ και καιρό, αλλά η επιτάχυνση των διαδικασιών εν μέσω πανδημίας τα κατέστησε πολύ πιο εμφανή.

### Αλλαγές πολιτικών που θα χρειασθούν

Αναφέραμε ήδη πως δεν έγινε δυνατό να καλύψουμε τις ελλείψεις του Ε.Σ.Υ. σε κλίνες εντατικής θεραπείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Η σχετική αδυναμία σε συνδυασμό με τον πλέον γερασμένο πληθυσμό στη χώρα, συγκριτικά με άλλες ευρωπαϊκές, καθώς και το χαμηλό ποσοστό εμβολιασθέντων οδήγησε σε αυξημένα ποσοστά απωλειών από Covid19. Η πανδημία ανέδειξε την ανάγκη να αυξήσουμε τις κλίνες σε μονάδες εντατικής θεραπείας, κάτι που προϋποθέτει όχι μόνο σχετικούς χώρους και μηχανήματα, αλλά και επαρκώς εκπαιδευμένο νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό που θα τις στελεχώσει. Για το τελευταίο χρειάζεται μεσοπρόθεσμος και μακροπρόθεσμος σχεδιασμός και συνεπάγεται οικονομικό κόστος, που πρέπει να αναληφθεί.

Αποτελεί όμως κοινό τόπο, πως η χώρα μας χρειάζεται να προσεγγίσει τον ευρωπαϊκό μέσο όρο κλινών, αφού υπό κανονικές συνθήκες αυτές δεν επαρκούν τους χειμερινούς μήνες, εξαιτίας της γρίπης. Υπήρξαν μάλιστα και απόψεις που συστήνουν σε χώρες με ανεπτυγμένα συστήματα υγείας να αυξήσουν περισσότερο τις κλίνες εντατικής θεραπείας, δημιουργώντας, δηλαδή, πλεονάζουσες κλίνες, που θα χρησιμοποιηθούν σε μια ενδεχόμενη πανδημία στο μέλλον. Η μεταφορά που χρησιμοποιήθηκε από τον κομιστή της πρότασης, καθηγητή του LSE Ηλία Μόσιαλο, ήταν οι πολεμικές δαπάνες, όπου δαπανώνται τεράστια ποσά για αντιμετώπιση κρίσεων, εάν και εφόσον χρειαστεί, προτείνοντας αντίστοιχη, αλλά ελάχιστη συγκριτικά, δαπάνη για τη δημιουργία υπεράριθμων κλινών σε μονάδες εντατικής θεραπείας, που θα χρησιμεύσουν σε περίπτωση μελλοντικής πανδημίας.

Η εμπειρία μας με τον Covid19 επιβεβαίωσε τον αναντικατάστατο ρόλο του κράτους στην αντιμετώπιση μείζονων υγειονομικών κρίσεων τόσο σε χώρες με καθ' υπερβολή κρατικές δομές υγείας, όπως οι ευρωπαϊκές, όσο και σε χώρες όπως οι Η.Π.Α., με τον ιδιωτικό τομέα να συντονίζεται από τις κρατικές υπηρεσίες. Ανέδειξε, επίσης, την ανάγκη δημιουργίας υποδομών βασικής περιθάλψης σε χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου, όπου οι δυνατότητες για επιτυχημένα προγράμματα εμβολιασμού είναι περιορισμένες και περιορίζονται ακόμη περισσότερο από τη σχετική οικονομική επιβάρυνση για την προμήθεια των εμβολίων. Η παραμονή μεγάλου μέρους του παγκόσμιου πληθυσμού χωρίς υγειονομική κάλυψη στον ενοποιημένο κόσμο μας μετατρέπει κάθε ιό σε μόνιμη απειλή, αφού τυχόν παραλλαγή του σε μια χώρα της Αφρικής, λόγω χάρη, εκκινεί ένα νέο κύκλο πανδημίας. Αναδεικνύεται, λοιπόν, η ανάγκη περαιτέρω ισχυροποίησης και οικονομικής ενίσχυσης των σχετικών διεθνών οργανισμών, ώστε να δύναται να αντιμετωπιστούν έγκαιρα και αποτελεσματικά κάθε μελλοντική πανδημία σε οιαδήποτε γωνιά της υφηλίου. ☉

### συνέχεια από τη σελ. 13

Προγράμματα διατάσεων μπορούν να εφαρμοστούν ως μέρος του κυρίως προγράμματος, στην αρχή του ως ζέσταμα και στο τέλος με τη μορφή της αποθεραπείας. Είναι αποτελεσματικότερο να πραγματοποιούνται καθημερινά, αλλά μια δόση των 2-3 ημερών ανά εβδομάδα είναι ικανή να προκαλέσει ανάλογες προσαρμογές. Η ένταση των ασκήσεων διάτασης φτάνει μέχρι το σημείο της ανοχής και όχι του πόνου, χρησιμοποιώντας στατικές διατάσεις για 10-30 δευτερόλεπτα και εκτελώντας 2-4 σετ (σειρές) για την κάθε άσκηση. Οι διατάσεις εστιάζονται στις κύριες μυϊκές ομάδες (καμπήρες & εκτεινόντες του ισχίου και του γόνατος, απαγωγείς ισχίου, ραχιαίοι και πελμαπαιοί καμπήρες ΠΔΚ, πυρήνας) και θα πρέπει να εκτελούνται με τρόπο αργό και ελεγχόμενο. Τους ασθενείς με αυξημένο μυϊκό τόνο, τους ενθαρρύνουμε, ακόμη και κατά τη διάρκεια του προγράμματος να διατείνουν τα σημεία εκείνα με τον έντονο σπασμό. Σε περίπτωση που παρουσιαστεί κλόνος (μια σειρά από ακούσιες μυϊκές συσπάσεις, όταν διατείνουμε απότομα ένα μυ), θα πρέπει να ζητήσουμε από τον ασθενή να εκτελέσει μια αργή παρατεταμένη διάταση.

Δραστηριότητες Ιδιοδεκτικότητας, όπως ισορροπίας, Τάι Τσι, Γιόγκα, και δια-δραστικά παιχνίδια υπολογιστή μπορούμε να τα εφαρμόζουμε 2-3 ημέρες/εβδομάδα, βελτιώνοντας το επίπεδο ασφάλειας κατά τις καθημερινές δραστηριότητες (μείωση του φόβου της πτώσης) και την κινητικότητα.

Η φροντίδα και οι υπηρεσίες που παρέχονται στο άτομο μετά το εγκεφαλικό, οι οποίες θα πρέπει να περιλαμβάνουν συστάσεις άσκησης και προγράμματα σωματικής δραστηριότητας, μπορούν να χρησιμεύσουν ως σημαντικές ευκαιρίες παρέμβασης για τη βελτίωση της υγείας, και την αποφυγή μελλοντικών επεισοδίων. Η άσκηση είναι ένα πολύτιμο, αλλά υπο-χρησιμοποιημένο συστατικό της φροντίδας μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο. Τα πρωτόκολλα που αναπτύχθηκαν από εκπαιδευμένους επαγγελματίες άσκησης, θα πρέπει να εφαρμόζονται νωρίς μετά το εγκεφαλικό, διότι μπορούν να αλλάξουν τον τρόπο ζωής και να βελτιώσουν τη συνολική υγεία. ☉

# Εκπαίδευση για στελέχη Κοινωνικών Υπηρεσιών

## Δήμων-μελών του ΕΔΔΥΠΠΥ μέσω του νέου Προγράμματος Ψυχικής Υγείας

**Μ**ε συμμετοχές από 58 Δήμους και 165 Επαγγελματίες Υγείας από όλες τις περιοχές της Ελλάδος, πραγματοποιήθηκε η διαδικτυακή εκπαίδευση του Νέου Προγράμματος Ψυχικής Υγείας του ΕΔΔΥΠΠΥ σε συνεργασία με την αμκε Obreia. Στο πλαίσιο του Προγράμματος πραγματοποιήθηκαν τέσσερις διαδικτυακές συναντήσεις, όπου οι εκπαιδευόμενοι χωρίστηκαν σε δύο ομάδες και παρακολούθησαν ανά ενότητα την εκπαίδευση. Η εκπαίδευση πραγματοποιήθηκε από την κα Βάνα Παπακίτσου Ψυχολόγο-Εγκληματολόγο, PhD.

ο Πρόεδρος του ΕΔΔΥΠΠΥ και Περιφερειάρχης Αττικής κ. Γιώργος Πατούλης ανέφερε: «Έχοντας συνοδοιπόρους αξιόλογους συνεργάτες, επιθυμούμε να συμβάλουμε καθοριστικά στην πρόληψη και την εξάλειψη της βίας και επιπλέον να υποστηρίξουμε και τους εφήβους μας, οι οποίοι σε κάθε περίπτωση βιώνουν μια μεταβατική περίοδο στη ζωή τους. Με την ευαισθητοποίηση, την ορθή ενημέρωση και κυρίως την άμεση δυνατότητα παροχής συμβουλευτικής καθοδήγησης οι πολίτες των τοπικών κοινωνιών μπορούν να νιώθουν προστατευμένοι».

Η Γενική Διευθύντρια του Δικτύου κα Μαρία Αϊδίνη συμμετείχε στη διαδικτυακή συνάντηση, όπου και ευχαρίστησε τους Επαγγελματίες Υγείας για τη συμμετοχή τους. Επιπλέον, σημείωσε ότι με τη συντονισμένη προσπάθεια που επιτελείται για μια ακόμη φορά επιδιώκουμε τη βιωσιμότητα των ενεργειών μας για τη μέγιστη ωφέλεια του πληθυσμού πανελλαδικά».

Οι Επαγγελματίες Υγείας τόνισαν ότι μέσω των εκπαιδύσεων που συμμετείχαν έλαβαν πολύ χρήσιμες πληροφορίες, οι οποίες ενίσχυσαν περαιτέρω τις γνώσεις και την εμπειρία τους. Οι εκπαιδευόμενοι, μέσα από τα εκπαιδευτικά εργαλεία που τους προωθήθηκαν, είναι έτοιμοι να συνδράμουν σε όποιον πολίτη ζητήσει την ψυχολογική υποστήριξη και τη βοήθειά τους.

Με την ολοκλήρωση των εκπαιδύσεων, προγραμματίζεται εποπτεία και επικοινωνία με τους Επαγγελματίες Υγείας μέσω εποπτείας, η οποία θα διεξάγεται μια φορά το μήνα και θα συντονίζεται από τον έμπειρο Ψυχίατρο και Πρόεδρο της αμκε Obreia κ. Ορέστη Γιωτάκο, καθώς εκεί θα συζητούνται θέματα που απασχολούν τους Επαγγελματίες Υγείας των Δήμων, αλλά και η αντιμετώπιση των δύσκολων και ιδιαίτερων περιστατικών.

Οι Επαγγελματίες Υγείας που συμμετείχαν στις εκπαιδύσεις είναι από τους εξής Δήμους: Αβδήρων, Αγίας Βαρβάρας, Αγίων Αναργύρων-Καματερού, Αιγάλεω, Αλεξαν-



δρούπολης, Αλίμου, Αμπελοκήπων-Μενεμένης, Ανατολικής Σάμου, Ασπροπύργου, Βάρης-Βουλας-Βουλιαγμένης, Βέροιας, Βόλβης, Βόρειας Κέρκυρας, Γαλασίου, Δάφνης-Υμηττού, Διρφύων-Μεσσοπίων, Δυτικής Σάμου, Ελληνικό-Αργυρούπολης, Ερέτριας, Ηγουμενίτσας, Ηράκλειας, Θέρμης, Ιεράπετρας, Ιλίου, Κατερίνης, Κάτω Νευροκοπίου, Κηφισιάς, Κορίνθου, Λαυρεωτικής, Λήμνου, Λυκόβρουσης-Πεύκης, Μαρκόπουλο-Μεσογαίας, Μεσσηνίας, Μονεμβασιάς, Μεταμόρφωσης, Μοσχάτου-Ταύρου, Νάξου και Μικρών Κυκλάδων, Ναυπλίων, Νέας Ιωνίας, Νέας Σμύρνης, Νέας Φιλαδέλφειας-Χαλκηδόνος, Ξάνθης, Ξηρομέρου, Ορεστιάδας, Παιανίας, Παλαιού Φαλήρου, Παπάγου-Χολαργού, Παύλου Μελά, Πετρούπολης, Πυλαίας-Χορτιάτη, Πύλης, Ρήγα-Φεραίου, Σαρωνικού, Σουφλίου, Τεμπών, Χαϊδαρίου, Χίου και Ωρωπού. ●



**Αγαπητό περιοδικό,**

Είμαι τακτικός συνδρομητής και αναγνώστης του έγκριτου και πολύ περιεκτικού περιοδικού σας. Άγω το 85ο έτος της ηλικίας μου και προ 32 ετών υπεβλήθην σε επέμβαση ανοικτής καρδιάς με τριπλούν by-pass. Προ τετραετίας λαμβάνω διάφορα φάρμακα όπως Ranexa, tildiem, aronvel και το αντιπηκτικό Eliquis (αρίχαβαη των 2,5mg x 2). Πρόσφατες βιοχημικές εξετάσεις που έκανα, την 3η τρέχοντος μηνός, είναι όλες σε φυσιολογικά επίπεδα (κάτω των τιμών αναφοράς), πλην του αιματοκρίτου, του οποίου η τιμή κατά τον τελευταίο χρόνο κυμαίνεται μεταξύ 36,8 – 35,5 και αιμοσφαιρίνη 11-12 (φερριτίνη 142-160 και σίδηρος 145). Καταχρώμενος του πολυτίμου χρόνου σας κι επειδή ανησυχώ για την πτώση του, παρακαλώ θερμώς, με την επιστημονική πληρότητα που σας διακρίνει, να μου υποδείξετε τί μέτρα πρέπει να λάβω, προκειμένου να αντιμετωπίσω το πρόβλημά μου.



**ΚΟΙΝΩΦΕΛΕΣ  
ΙΔΡΥΜΑ**

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

ΕΠΙΤΙΜΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ:

Γ. Κασιμάτης

Π. Τσάκος

ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ: Π. Τούτουζας

ΤΑΜΙΑΣ: Α. Γιατράκου

ΓΡΑΜΜΑΤΕΥΣ: Δ. Ρίχτερ

ΜΕΛΗ:

Χ. Βλαχόπουλος, Α. Δήμα, Κ. Κалаϊτζή,

Χρ. Στεφανάδης, Δ. Τούσουλης,

Κ. Τούτουζας, Στ. Ψυχάρης

ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ:

Γ. Ανδρικόπουλος, Β. Βοπιέας,

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

Ν. Κατσιλάμπρος, Ε. Παπαστεριάδης

Αγαπητέ αναγνώστη,

Σας ευχαριστούμε πολύ για το μήνυμά σας. Μια οριακή πτώση του αιματοκρίτη μπορεί να οφείλεται σε πολλά αίτια. Παρόλο που οι τιμές σιδήρου και φερριτίνης σας φαίνονται φυσιολογικές, μια πολύ μικρή απώλεια αίματος από τον γαστρεντερικό σωλήνα δεν μπορεί να αποκλειστεί μιας και παραμένει το συχνότερο αίτιο αναιμίας. Συνεπώς πιθανότατα να χρειαστεί να προβείτε σε ενδοσκοπικό έλεγχο του γαστρεντερικού. Σε κάθε περίπτωση, προς αναζήτηση λύσης στο πρόβλημά σας, θα σας προτείναμε να συμβουλευτείτε κάποιον παθολόγο ή γαστρεντερολόγο. 📍

**συνέχεια από τη σελ. 11 ▶**

Η θεώρηση αυτή επιβάλλει την αναδιάρθρωση του προτύπου παροχής φροντίδας, το οποίο θα έχει στο επίκεντρο τον πάσχοντα, την ανάγκη και, βεβαίως, τις υπηρεσίες που θα πρέπει να παρασχεθούν. Η καθετοποιημένη προσέγγιση στη βάση της μονήρους διάγνωσης αποτελεί πλέον παρελθόν. Η διατάραξη της συνέχειας της φροντίδας είναι ένα πρόβλημα ενδημικό στο σύστημα υγείας μας, και οφείλει να ξεπεραστεί οριστικά. Πρέπει να περάσουμε σε

ένα πρότυπο οργάνωσης της φροντίδας υγείας, όπου ο ασθενής θα σταματήσει να περιστρέφεται γύρω από το σύστημα υγείας, αναζητώντας, πολλές φορές μάταια και χωρίς πυξίδα, υπηρεσίες. Αντίθετα, το σύστημα θα πρέπει να αρχίσει να περιστρέφεται γύρω από τον ασθενή, οργανώνοντας τη φροντίδα και τις υπηρεσίες με βάση το σύνολο των αναγκών του. 📍

## ΥΠΕΡ ΤΩΝ ΣΚΟΠΩΝ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ

### ΚΑΤΕΘΕΣΑΝ ΕΙΣ ΜΝΗΜΗΝ

- **Λίτσας Λαιμού, η κ. Σταματία-Πολυξένη Κομνηνού**, το ποσό των 300€.
- **Κωνσταντίνου Θάνου, η κ. Ρόζα Αγγελούδου**, το ποσό των 100€.
- **Παύλου Τούτουζα:**
  - **Η κ. Αιμιλία Αθανασάκου**, το ποσό των 100€.
  - **Ο κ. Κωνσταντίνος Ερρίπης**, το ποσό των 100€.
  - **Ο κ. Εμμανουήλ Περούλης**, το ποσό των 100€.
  - **Ο κ. Θεμιστοκλής Γαμβρούλης**, το ποσό των 30€.
- **Αντωνίου Σακελλαρίου, ο κ. Θεόδωρος Παπακωνσταντίνου**, το ποσό των 60€.
- **Γεωργίου Κελαϊδή:**
  - **Η κ. Αικατερίνη Κελαϊδή**, το ποσό των 100€.
  - **Ο κ. Στυλιανός Δημητρακόπουλος**, το ποσό των 50€.
  - **Η κ. Μαρία – Ελένη Παναγιωτοπούλου**, το ποσό των 50€.
  - **Η κ. Μαρία Παναγιωτοπούλου**, το ποσό των 50€.
  - **Οι κ.κ. Γιάννα Παναγιωτοπούλου, Ευάγγελος και Βούλα Κυλίδη**, το ποσό των 50€.
  - **Οι κ.κ. Παναγιώτης και Ελένη Ξιφία**, το ποσό των 30€.
  - **Ο κ. Αντώνιος Γεωργούντζος**, το ποσό των 20€.
  - **Ο κ. Ευάγγελος Παπακίτσος**, το ποσό των 20€.

## ΥΠΕΡ ΤΩΝ ΣΚΟΠΩΝ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ

### ΚΑΤΕΘΕΣΑΝ

- **Η Εταιρεία Ελληνικές Υπεραγορές ΣΚΛΑΒΕΝΙΤΗΣ Α.Ε.**, το ποσό των 500€.
- **Το Εθνικό Γυμναστήριο Αθηνών “Ο Ι. ΦΩΚΙΑΝΟΣ”**, το ποσό των 200€.
- **Ο κ. Ανέστης Διακοδημήτρης**, το ποσό των 100€.
- **Ο κ. Ιωάννης Κουρνετάς**, το ποσό των 50€.
- **Ο κ. Κωνσταντίνος Μώρου**, το ποσό των 50€.
- **Ο κ. Αλέξανδρος Πηνιώτης**, το ποσό των 50€.

### συνέχεια από τη σελ. 2 ▶

εφεδρεία καρδιακής συχνότητας. Η συνεχής αερόβια άσκηση, μέτριας έως υψηλής έντασης, 20-60 λεπτά, 3-5 φορές την εβδομάδα, είναι η πιο καλά μελετημένη μορφή άσκησης. Νεότερα δεδομένα υποστηρίζουν, πως η υψηλής έντασης διαλειμματική άσκηση (εναλλαγές υψηλής έντασης άσκησης >85% peak VO<sub>2</sub> με μεγαλύτερες περιόδους αποκατάστασης) είναι η πιο αποτελεσματική. Συμπληρωματικά της αερόβιας άσκησης, πραγματοποιούνται και ασκήσεις με αντιστάσεις, με στόχο τη μυϊκή ενδυνάμωση, ενώ βασικό συστατικό της καρδιαγγειακής αποκατάστασης είναι και η αναπνευστική εκγύμναση, με χρήση ειδικού εξοπλισμού.

Τα προγράμματα καρδιαγγειακής αποκατάστασης μπορούν να εφαρμοστούν και σε ειδικές κατηγορίες ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια, όπως είναι οι ασθενείς με συσκευές υποβοήθησης της αριστερής κοιλίας (LVAD), καθώς και μετά από καρδιακή μεταμόσχευση, με επακόλουθη βελτίωση της λειτουργικής ικανότητας και την ποιότητας ζωής του ασθενούς. Προφανώς, είναι απαραίτητη η προσεκτική επιλογή των ασθενών αυτών, για να αποφευχθούν επιπλοκές κατά τη διάρκεια της άσκησης.

Εκτός από τα κλασικά προγράμματα, αναπτύσσονται και εναλλακτικά μοντέλα καρδιαγγειακής αποκατάστασης στο σπίτι, με τη βοήθεια ηλεκτρονικών συσκευών και εφαρμογών μέσω κινητού τηλεφώνου. Μέσω της ψηφιακής ιατρικής, παρέχεται η δυνατότητα συμβουλευτικής και επίβλεψης των ασθενών κατά τη διάρκεια άσκησης στο σπίτι, με ταυτόχρονη καταγραφή της αρτηριακής πίεσης και του ηλεκτροκαρδιογραφήματος, δεδομένα τα οποία αποστέλλονται και αναλύονται από το αντίστοιχο κέντρο αποκατάστασης. Τα προγράμματα αυτά φαίνεται πως είναι το ίδιο αποτελεσματικά, όσον αφορά στη βελτίωση των κλινικών συμβαμάτων και της ποιότητας ζωής. Επίσης, υπάρχει πλεονέκτημα ως προς το κόστος, καθώς είναι πολύ πιο οικονομικά από αντίστοιχα προγράμματα σε εξειδικευμένα κέντρα. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η κατάλληλη εκπαίδευση των ασθενών για τη σωστή και ασφαλή συμμετοχή τους.

Παρά τα ενδεχόμενα οφέλη, ο ρυθμός συμμετοχής στα προγράμματα καρδιαγγειακής αποκατάστασης παραμένει χαμηλός (14-43% παγκοσμίως), με υψηλό ποσοστό διακοπής μετά την αρχική ένταξη. Το γεγονός αυτό οφείλεται σε λόγους που σχετίζονται με τους επαγγελματίες υγείας (ελλιπής ενημέρωση-μειωμένη παραπομπή των ασθενών από καρδιολόγους σε αντίστοιχα προγράμματα), με τον ασθενή (έλλειψη κινήτρου, έλλειψη χρόνου, αδυναμία για αλλαγή τρόπου ζωής, ανάγκη για μετακίνηση σε εξειδικευμένα κέντρα αποκατάστασης, οικονομικοί λόγοι), καθώς και με το σύστημα υγείας (ελλιπής χρηματοδότηση-χαμηλή ασφαλιστική κάλυψη).

Συμπερασματικά, καθώς η καρδιαγγειακή αποκατάσταση αποτελεί σημαντικό συστατικό των θεραπευτικών επιλογών στην καρδιακή ανεπάρκεια, θα πρέπει να δίδεται κίνητρο στους ασθενείς για συμμετοχή σε αντίστοιχα προγράμματα. Για τους ασθενείς που δεν έχουν τη δυνατότητα να προσεγγίσουν κέντρα αποκατάστασης, θα πρέπει να παρέχονται προγράμματα τηλε-αποκατάστασης στο σπίτι. Ταυτόχρονα, θα πρέπει να αυξηθούν οι προσπάθειες ανάδειξης της αποτελεσματικότητας της καρδιαγγειακής αποκατάστασης, καθώς επίσης και μεθόδων βελτίωσης της συμμόρφωσης των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια. ●

# Χρόνια νοσηρότητα: προκλήσεις για τα συστήματα υγείας και η ανάγκη για μια νέα οπτική της φροντίδας

**Κωνσταντίνος Αθανασάκης**

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

**Η** χρόνια νοσηρότητα – και η διαχείρισή της – δίχως αμφιβολία, αποτελούν πλέον το μείζον πρόβλημα των συστημάτων υγείας των ανεπτυγμένων χωρών διεθνώς. Στη χώρα μας, με βάση τις εκτιμήσεις της Έρευνας «Υγεία και Ευημερία», το ποσοστό των ατόμων με διαγνωσμένο χρόνιο πρόβλημα υγείας έχει παρουσιάσει δραματική αύξηση κατά τις τελευταίες δεκαετίες. Το 2006, οι διαγνωσμένοι χρονίως πάσχοντες υπολογίζονται σε 36,4% του πληθυσμού. Το 2016, το ποσοστό ανέρχεται σε 42,7%, περισσότεροι από ένας στους τέσσερις, σημειώνοντας αύξηση 17% περίπου, σε μια δεκαετία.

**Οι αυξημένες ανάγκες υγείας, λόγω της χρόνιας νοσηρότητας, αντικατοπτρίζονται και σε αυξημένη δαπάνη υγείας. Διεθνώς, εκτιμάται, ότι το μεγαλύτερο ποσοστό της δαπάνης υγείας οφείλεται στα χρόνια νοσήματα.**

Οι αυξημένες ανάγκες υγείας, λόγω της χρόνιας νοσηρότητας, αντικατοπτρίζονται και σε αυξημένη δαπάνη υγείας. Διεθνώς, εκτιμάται, ότι το μεγαλύτερο ποσοστό της δαπάνης υγείας οφείλεται στα χρόνια νοσήματα. Η εκτίμηση για την Ελλάδα είναι ότι κάθε χρόνο 10,7 δισεκατομμύρια ευρώ κατευθύνονται στη διαχείριση των χρονίως πασχόντων. Από αυτά 6,5 δισεκατομμύρια αφορούν σε δημόσια δαπάνη υγείας και ένα πολύ μεγάλο ποσοστό, περί τα 4,3 δισεκατομμύρια σε ιδιωτικές δαπάνες, οι περισσότερες από τις οποίες καλύπτονται απευθείας (από την τσέπη) από τους ίδιους τους ασθενείς. Το γεγονός αυτό οδηγεί σε σημαντικές διαφορές στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ομάδων του πληθυσμού, αυξάνει τις πιθανότητες καταστροφικών δαπανών υγείας των νοικοκυριών και εντείνει τις ανισότητες στα αποτελέσματα υγείας.

Η πλέον βασική παράμετρος στην αντιμετώπιση των χρονίων νοσημάτων, από την πλευρά του οργανωμένου συστήματος υγείας, αφορά στην ορθή διαχείριση των ασθενών και των νοσημάτων τους. Τα χρόνια νοσήματα, στη μεγάλη τους πλειονότητα, δεν θεραπεύονται – αλλά μπορούν να τύχουν ορθής διαχείρισης, με σκοπό την επίτευξη των θεραπευτικών στόχων και τη διατήρηση ενός καλού επιπέδου υγείας και ευημερίας για τους πάσχοντες.

Ως εκ τούτου, οι προεκτάσεις της ορθής διαχείρισης είναι κλινικές αλλά και, σε μεγάλο βαθμό, οικονομικές. Μελέτες με εθνικά δεδομένα έχουν δείξει, ότι το μέσο ετήσιο κόστος των ασθενών, οι οποίοι επιτυγχάνουν ρύθμιση του χρόνιου προβλήματος υγείας τους, είναι κατά πολύ χαμηλότερο έναντι εκείνων που δεν καταφέρνουν, μέσω της βοήθειας του συστήματος υγείας, να επιτύχουν τους βραχυχρόνιους και μακροχρόνιους θεραπευτικούς στόχους. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2, ενός νοσήματος το οποίο αφορά περί το ένα εκατομμύριο πάσχοντες στη χώρα μας, όπου το μέσο ετήσιο κόστος θεραπείας είναι κατά περίπου 50% χαμηλότερο στους ρυθμιζόμενους ασθενείς – έναντι των μη ρυθμιζόμενων.

Μια συγγενής και σημαντική διάσταση της χρόνιας νοσηρότητας σήμερα είναι, βεβαίως, το ζήτημα της πολυνοσηρότητας. Με βάση εθνικά στοιχεία, περίπου ένας στους δύο χρονίως πάσχοντες έχει διαγνωστεί και υποφέρει από 2 ή περισσότερα χρόνια νοσήματα. Το γεγονός αυτό δείχνει και τη συνθετότητα του προβλήματος, που καλείται να επιλύσει το σύστημα υγείας. Σε συνδυασμό με το σημαντικό συμπεριφορικό υπόβαθρο της χρόνιας νοσηρότητας (και, κυρίως, της ρύθμισης αυτής), η πολυνοσηρότητα αναδεικνύει (α) την ανάγκη αντιμετώπισης των πασχόντων, πρωτίτως στο επίπεδο της γενικής ιατρικής σε συνεργασία με τις ιατρικές ειδικότητες και (β) την ανάγκη για διεπιστημονική πλαισίωση της φροντίδας των πασχόντων, ώστε αφενός να καλύπτεται το πολυαχίδες σύνολο των θεραπευτικών αναγκών αλλά και, αφετέρου, η ανάγκη της υιοθέτησης «υγιεινών» συμπεριφορών και στάσεων απέναντι στους κινδύνους υγείας.

συνέχεια στη σελ. 9 ▶



## Σαλάτα ζυμαρικών

### Υλικά συνταγής

250 γραμ. ζυμαρικά (ή βίδες ή πένες ή φιογκάκια)  
1 πιπεριά κόκκινη  
1 μικρό αγγούρι  
5-6 ντοματίνια  
150 γραμ. τριμμένα τυριά ανάμεικτα  
100 γραμ. ζαμπόν γαλοπούλας κομμένο σε καρέ  
50 γραμ. καλαμπόκι βρασμένο  
Λίγα φύλλα βασιλικού ή δυόσμου

### Για τη σάλτσα μουστάρδας

1 κ.σ. απαλή μουστάρδα  
1 κ.γλ. μέλι  
2 κ.σ. βαλσαμικό ξύδι  
4-5 κ.σ. ελαιόλαδο

### Εκτέλεση

Για να φτιάξουμε τη σαλάτα ζυμαρικών, βράζουμε τα μακαρόνια σε αλατισμένο νερό. Τα σουρώνουμε και τα βρέχουμε με κρύο νερό, τα στραγγίζουμε καλά και τα βάζουμε σε μπολ για τη σαλάτα ζυμαρικών. Προσθέτουμε όλα τα υπόλοιπα υλικά και περιχύνουμε με το ντρέσινγκ μουστάρδας. Ανακατεύουμε και σερβίρουμε. Για το ντρέσινγκ μουστάρδας, ανακατεύουμε όλα τα υλικά μαζί και περιχύνουμε τη σαλάτα με ζυμαρικά.

**Θερμίδες 2640 | Πρωτεΐνες 95.27 γρ | Λίπη 153.5 γρ | Υδατάνθρακες 227 γρ | Χοληστερόλη 133.5 χλγρ.**

## Κοτόσουπα με λαχανικά

### Υλικά συνταγής

2 κ.σ. ελαιόλαδο  
1 πράσο  
1 καρότο  
1/2 σελινόριζα  
1 γλυκοπατάτα κόκκινη

## Συνταγές για όλη την οικογένεια

### Κωνσταντίνα Πάλλιου

Κλινικός Διατροφολόγος- Διαιτολόγος MSc

1 κ.σ. γεμάτη πελτέ ντομάτας  
1 κ.σ. πάπρικα γλυκιά  
1 κ.γ. δυόσμο αποξηραμένο  
Αλάτι, πιπέρι  
2 φιλέτα στήθος κοτόπουλου  
1 φλ κριθαράκι

### Για το σερβίρισμα

Δυόσμο φρέσκο  
Λεμόνι

### Εκτέλεση

Καθαρίζουμε τα λαχανικά. Ψιλοκόβουμε το πράσο και το καρότο. Κόβουμε σε καρέ τη σελινόριζα και τη γλυκοπατάτα. Ζεσταίνουμε σε μεσαία κατσαρόλα το ελαιόλαδο. Σοτάρουμε το πράσο, τη σελινόριζα και το καρότο για 3', σε μέτρια φωτιά. Προσθέτουμε τη γλυκοπατάτα. Προσθέτουμε τον πελτέ και σοτάρουμε για 1' τρίβοντας την κατσαρόλα. Προσθέτουμε τα φιλέτα κοτόπουλου ολόκληρα. Προσθέτουμε 1-1/2 λίτρο νερό. Βράζουμε τη σούπα για 20' σε μέτρια φωτιά. Αφαιρούμε το κοτόπουλο σε πιπέλα. Το ψιλοκόβουμε ή το μαδάμε με τα δάχτυλα σε ίνες. Το κρατάμε στην άκρη ζεστό. Προσθέτουμε το πιπέρι, το αλάτι, την πάπρικα και τον ξερό δυόσμο. Προσθέτουμε το κριθαράκι. Σιγοβράζουμε για 10'. Τέλος, ξαναρίχνουμε το κοτόπουλο στην σούπα και σιγοβράζουμε για 5. Σερβίρουμε καυτή τη σούπα με κοτόπουλο και ντομάτα σε βαθειά μπολ. Γαρνίρουμε με λίγο φρέσκο δυόσμο και λεμόνι.

**Θερμίδες 1596,3 | Πρωτεΐνες 102,2 γρ | Λίπη 69,54 γρ | Υδατάνθρακες 116,7 γρ | Χοληστερόλη 0 χλγρ.**

## Αυγά με ντομάτα

### Υλικά συνταγής

3 κ.σ. ελαιόλαδο  
1 μικρό κρεμμύδι κομμένο σε λεπτές φέτες  
1/2 κόκκινη και 1/2 πράσινη πιπεριά ψιλοκομμένες σε καρέ  
5 ώριμες μεγάλες και σφιχτές ντομάτες ψιλοκομμένες  
1 κ.σ. κοφή πελτέ ντομάτας  
1 κ.σ. πάπρικα γλυκιά  
1 πρέζα ζάχαρη  
Αλάτι, φρεσκοτριμμένο πιπέρι  
4 αυγά  
2 πολύ μικρά φρέσκα κρεμμυδάκια (τα φύλλα τους μόνο ψιλοκομμένα)  
Λίγο κύμινο και λίγο πιπέρι καγιέν



# Άσκηση μετά από Εγκεφαλικό

**ΑΣΚΗΣΗ  
ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ  
ΣΠΟΡ**

**Γεώργιος Βαβέτσος Ph.D.**

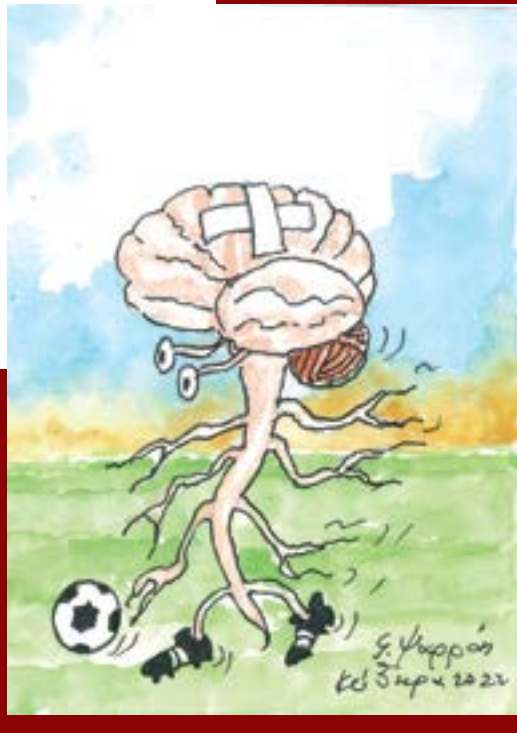
Κλινικός Εργοφυσιολόγος

**Π**ερισσότερα από το 50% των εγκεφαλικών θεωρούνται ήπια (90% ισχαιμικής αιτιολογίας, λόγω θρόμβωσης, εμβολής ή αιμορραγίας), και μπορεί μεν οι ασθενείς να έχουν ελάχιστη ή καθόλου δυσκολία στις καθημερινές τους δραστηριότητες, όμως η επιστροφή τους στην εργασία συναντά αρκετά εμπόδια. Τα στοιχεία των ερευνών δείχνουν, ότι οι επιζώντες από εγκεφαλικό βιώνουν σωματική αδράνεια, η οποία οδηγεί σε καθιστικό τρόπο ζωής. Η άσκηση είναι ένας καλός τρόπος για να βελτιώσουν την υγεία τους, αλλά και να μειώσουν την πιθανότητα ενός νέου εγκεφαλικού, βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής τους.

Οι ασθενείς με εγκεφαλικό συνήθως παρουσιάζουν συννοσηρότητες, και προ υπάρχουσες ή μετά το επεισόδιο καρδιαγγειακές παθήσεις μπορεί να καθυστερήσουν, να αναστείλουν ή να περιπλέξουν τη συμμετοχή τους σε πρόγραμμα, περιορίζοντας την ικανότητα τους να εκτελέσουν λειτουργικές δραστηριότητες. Έχουν, επίσης, αυξημένο κίνδυνο δευτερογενών καρδιακών επιπλοκών και υποτροπιάζοντος εγκεφαλικού επεισοδίου, γεγονός που καθιστά την περίοδο μετά το εγκεφαλικό μια ιδιαίτερα σημαντική περίοδο για την εφαρμογή παρεμβάσεων δευτερογενούς πρόληψης.

Οι ασθενείς που ήταν ενεργά δραστήριοι πριν το εγκεφαλικό, κατά την επιστροφή τους, θα πρέπει να προσαρμοστούν σε διαφορετικά αθλήματα ή δραστηριότητες. Η δυσκολία του να σταθεί κάποιος όρθιος (περπάτημα-τρέξιμο), μπορεί να συμβιβαστεί με τη χρήση ποδηλάτου ή γυμναστικής στο νερό και η εμφάνιση μυϊκών σπασμών, πόνου και κόπωσης να είναι αναμενόμενη, ενώ θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν στο σχεδιασμό του προγράμματος και της μορφής του περιορισμοί που θα ακολουθηθεί. Ο πρωταρχικός στόχος είναι να επιστρέψει ο ασθενής στις καθημερινές του δραστηριότητες, ενώ εξειδικευμένα πρωτόκολλα αερόβιας άσκησης, διατάσεων, προγραμμάτων αντιστάσεων και νευρομυϊκής εκπαίδευσης κρίνονται απαραίτητα για τη συνέχεια.

Η Καρδιοαναπνευστική άσκηση θα πρέπει να ξεκινάει και να τελειώνει με πρωτόκολλο ζεστάματος και αποθεραπείας, διάρκειας τουλάχιστον 5-7 λεπτών. Η προπονητική συχνότητα ανά εβδομάδα να κυμαίνεται από 3-7 ημέρες, με τους συμμετέχοντες, οι οποίοι δεν έχουν καλό επίπεδο φυσικής κατάστασης, να επωφεληθούν περισσότερο από το πρόγραμμα με τη μορφή της διακοπόμενης προπόνησης (πολλές σύντομες καθημερινές προπονήσεις). Η ένταση θα πρέπει να ξεκινά συντηρητικά (40-60% HRR) και να προχωρεί αργά, χρησιμοποιώντας, αν δεν υπάρχει εργαστηριακή αξιολόγηση, την κλίμακα κόπωσης Borg (RPE – 11-14) ή το τεστ ομιλίας (Talk Test – χωρίς να διακόπτεται η ομιλία), για το ποια χρονική στιγμή είναι κατάλληλη να σταματήσει η άσκηση. Η διάρκεια της άσκησης είναι 20-60 λεπτά, ενώ 10λεπτες συνεδρίες μπορούν να προστεθούν



κατά τη διάρκεια της ημέρας, καλύπτοντας το συνολικό χρόνο άσκησης. Ο τύπος της άσκησης εξαρτάται από τον εξοπλισμό που διαθέτουμε και τις ικανότητες των ασθενών, δίνοντας έμφαση πρώτα στην ασφάλειά τους και μετέπειτα στη λειτουργία των μεγάλων μυϊκών ομάδων. Όργανα που συνδυάζουν ταυτόχρονη κίνηση άνω και κάτω μέρους του σώματος είναι ιδανικά, αν ο ασθενής έχει την ανάλογη λειτουργική και νευρομυϊκή ικανότητα.

Προγράμματα αντιστάσεων πρέπει να εφαρμόζονται με προπονητική συχνότητα 2-3 φορές την εβδομάδα, με ένταση που να κυμαίνεται στο 50-70% της RM και με προπονητικό όγκο τα 1-3 σετ (σειρές) των 10-15 επαναλήψεων, για 6-8 κύριες ασκήσεις βασικών μυϊκών ομάδων (καμπίτρες & εκτείνοντες του ισχίου και του γόνατος, απαγωγείς ισχίου, ραχιαίοι και πέλματσιοι καμπτήρες ΠΔΚ, πυρήνας). Οι ασθενείς μπορούν να ξεκινήσουν με μικρά βάρακια ή ελαστικούς ιμάντες και προοδευτικά να χρησιμοποιήσουν μεγαλύτερες αντιστάσεις, με ασφάλεια, σε μηχανήματα. Ο χρόνος δραστηριοποίησης 15-30 λεπτά ανά προπονητική συνεδρία, σε προγράμματα αντιστάσεων, είναι αρκετός. Κατά τις ασκήσεις των άνω άκρων, τα χέρια πρέπει να κινούνται κάτω από το ύψος του ώμου, ενώ δεν συνιστάται η χρήση τροχαλιών πάνω από το κεφάλι. Η βελτίωση της δύναμης στις βασικές μυϊκές ομάδες είναι σημαντική για την κινητικότητα, την ισορροπία και τη στάση του σώματος.

συνέχεια στη σελ. 7 ▶

συνέχεια από τη σελ. 12

### Εκτέλεση

Ζεσταίνουμε το λάδι σε μεγάλο τηγάνι. Σοτάρουμε το ξερό κρεμμύδι για 3 λεπτά, προσθέτουμε τις πιπεριές και συνεχίζουμε το σοτάρισμα για 3 λεπτά. Στη συνέχεια ρίχνουμε την ντομάτα και τον πελτέ και σιγοβράζουμε για 8-10 λεπτά. Ρίχνουμε το αλάτι και το πιπέρι και προσθέτουμε την πάπρικα και τη ζάχαρη. Προαιρετικά προσθέτουμε πιπέρι καγιέν ή λίγο μπούκοβο. Σπάμε τα αυγά ένα-ένα μέσα σε ένα μπολ. Στη συνέχεια ρίχνουμε τα αυγά μέσα στο τηγάνι. Αφήνουμε τα αυγά να σιγοβράσουν μέσα στην υπέροχη σάλτσα για λίγα λεπτά. Τέλος πασπαλιζουμε με τα ψιλοκομμένα τρυφερά φύλλα (πράσινα) των φρέσκων κρεμμυδιών.

**Θερμίδες 916,6 | Πρωτεΐνες 41,53gr | Λίπη 65gr | Υδατάνθρακες 51,22gr | Χοληστερόλη 832χλgr.**



## Ρεβυθόρυζο

### Υλικά συνταγής

2 φλ. βρασμένα ρεβύθια  
1½ φλ. καστανό ρύζι  
3 φλ. νερό (ή ζωμό)  
3 κ.σ ελαιόλαδο  
1 κρεμμύδι (κομμένο σε φέτες)  
Αλάτι, πιπέρι  
Χυμό λεμονιού για το σερβίρισμα

### Εκτέλεση

Σε ρηχή κατσαρόλα, ζεσταίνουμε το ελαιόλαδο και σε μέτρια φωτιά αφήνουμε το κρεμμύδι να γίνει διάφανο για λίγα λεπτά. Προσθέτουμε τα ήδη βρασμένα ρεβίθια και το νερό. Μόλις πάρει βράση το φαγητό, ρίχνουμε το καστανό ρύζι και χαμηλώνουμε τη φωτιά. Σιγοβράζουμε για 10' μέχρι το ρύζι να μαλακώσει. Αλατοπιπερώνουμε προς το τέλος του μαγειρέματος. Αφού σβήσουμε το φαγητό, σκεπάζουμε με καθαρή πετσέτα και καπάκι την κατσαρόλα. Αφήνουμε να σταθεί για 5-10' και να τραβήξει τα υγρά του.

**Θερμίδες 1973 | Πρωτεΐνες 51,5gr | Λίπη 58gr | Υδατάνθρακες 315gr | Χοληστερόλη 0χλgr.**

συνέχεια από τη σελ. 15

Η κατανάλωση προϊόντων ολικής άλεσης σχετίζεται με μια μέτρια μείωση του κινδύνου για καρκίνο του παχέος εντέρου.

- Η καλή εντερική λειτουργία καθιστά τα προϊόντα ολικής άλεσης απαραίτητες επιλογές ενός διατροφικού πλάνου που βοηθάει στη δυσκοιλιότητα.
- Τα προϊόντα ολικής άλεσης μπορούν να βοηθήσουν στη διατήρηση ενός υγιούς σωματικού βάρους, κατά τη διάρκεια του χρόνου ως μέρος μια υγιεινής διατροφής και τρόπου ζωής

Πως μπορεί κανείς να αυξήσει την πρόσληψη προϊόντων ολικής άλεσης;

Κατά την επιλογή τροφίμων από την ομάδα των αμυλούχων, αντικαταστήστε τα επεξεργασμένα δημητριακά, όπως λευκό ψωμί και ρύζι, με ποικιλίες ολικής άλεσης, για παράδειγμα, ψωμί ολικής άλεσης, καστανό ρύζι και ζυμαρικά ολικής άλεσης. Σιτάρι, βρώμη, κριθάρι, σίκαλη και ρύζι είναι τα πιο κοινά διαθέσιμα δημητριακά που μπορούν να καταναλωθούν και σε μορφή ολικής άλεσης. Τα δημητριακά πρωινού, για παράδειγμα, ολικής άλεσης μπορούν να καταναλωθούν με γάλα ή γιαούρτι άπαχο και φρούτα για πρωινό γεύμα ή σαν σνακ. Το αλεύρι, επίσης, στις συνταγές μπορεί να αντικατασταθεί με ολικής άλεσης, ενώ σνακς τύπου κράκερς, κριτσίνια, παξιμάδια, τορτίγιες μπορούν να επιλεγθούν στο ολικής άλεσης είδος τους! Αρκεί να τα αναζητήσει κανείς!

συνέχεια από τη σελ. 16

(JAMA. 2022 Jan 25;327(4):384-385) έδειξε ότι η χορήγηση μιας δόσης tixagevimab/cilgavimab στον πληθυσμό που περιγράψαμε παραπάνω ελάττωσε κατά 83% τον κίνδυνο εμφάνισης COVID-19 τους επόμενους 6 μήνες, σε σχέση με το εικονικό φάρμακο.

Τέλος, σημαντική εξέλιξη είναι η έγκριση από τον EMA των ανοσοτροποποιητικών φαρμάκων ανακίνρα και tocilizumab για τη θεραπεία νοσηλευόμενων ασθενών με COVID-19. Η έγκριση στηρίχθηκε στα αποτελέσματα κλινικών μελετών, που δημοσιεύτηκαν σε έγκριτα περιοδικά (Nat Med. 2021 Oct;27:1752-1760, Lancet. 2021 May 1;397:1637-1645).

Πλέον έχουμε στη διάθεση μας εμβόλια, αντικά και ανοσοτροποποιητικά φάρμακα και μονοκλωνικά αντισώματα, που είναι εξαιρετικά αποτελεσματικά στην πρόληψη και τη θεραπεία της COVID-19, ενώ είναι σε εξέλιξη πολλές κλινικές μελέτες με ελπιδοφόρα καινοτόμα φάρμακα. Η πρώτη αποτελεσματική θεραπεία της ήπιας COVID-19 αναμένεται να αλλάξει τη θεραπευτική στρατηγική στο δόγμα "test and treat", δηλαδή γίνεται διαγνωστικός έλεγχος μόνο σε όσους έχουν συμπτώματα (εγκαταλείπονται οι μαζικοί έλεγχοι σε ασυμπτωματικά άτομα), και σε αυτούς που είναι θετικοί και έχουν έναν ή περισσότερους παράγοντες κινδύνου θα χορηγείται άμεσα θεραπεία στο σπίτι ή στο νοσοκομείο ως εξωτερικός ασθενής με τα νέα αντικά φάρμακα η/και αντισώματα. Με τον τρόπο αυτό, σε συνδυασμό με τον εμβολιασμό, θα ελαττωθούν θεαματικά οι νοσηλείες και οι θάνατοι, θα ελαχιστοποιηθεί η πίεση στο σύστημα υγείας και θα επανέλθει η κανονικότητα στην κοινωνική ζωή.

# Τα δημητριακά ολικής άλεσης στην καθημερινότητά μας

**Δρ. Ντορίνα (Θεοδώρα-Ειρήνη) Σιαλβέρα**

Κλινική Διαιτολόγος - Διατροφολόγος

Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κ. Κηφισιάς

"Οι Άγιοι Ανάργυροι"

Πρόεδρος Πανελληνίου Συλλόγου Διαιτολόγων - Διατροφολόγων (ΠΣΔΔ)

**Μ**ία τεράστια ποικιλία δημητριακών καλλιεργούνται σε όλο τον κόσμο, όπως το σιτάρι, η σίκαλη, το κριθάρι, η βρώμη και το ρύζι. Τα δημητριακά αποτελούν τους σπόρους αυτών των φυτών. Τι είναι τα δημητριακά ολικής άλεσης, για τα οποία ακούμε διαρκώς από τους διαιτολόγους και τους ιατρούς;

Τα δημητριακά ολικής άλεσης προέρχονται από σπόρους που έχουν αλεστεί ολόκληροι και περιλαμβάνουν, δηλαδή, τρία μέρη:

- Ένα εξωτερικό περιβλήμα πλούσιο σε φυτικές ίνες – το πίτουρο
- Ένα εσωτερικό τμήμα πλούσιο σε θρεπτικά συστατικά – το φύτρο
- Ένας κεντρικός πυρήνας από υδατάνθρακες – το ενδόσπερμα

Κατά τη διαδικασία της άλεσης, το πίτουρο και το φύτρο συχνά αφαιρούνται, ώστε να προκύψουν τα πιο «λευκά» είδη δημητριακών. Αυτό σημαίνει, ότι το 100% του αρχικού σπόρου- πίτουρο, φύτρο, ενδόσπερμα - πρέπει να είναι παρόν για να μπορεί να χαρακτηριστεί ως ολικής άλεσης.

Θα πρέπει να γνωρίζουμε, ότι τα περισσότερα από τα θρεπτικά συστατικά στα δημητριακά βρίσκονται στο πίτουρο και το φύτρο του σπόρου. Για το λόγο αυτό, τα δημητριακά ολικής άλεσης μπορεί να περιέχουν έως και 75% παραπάνω θρεπτικά συστατικά από τα επεξεργασμένα «λευκά» δημητριακά. Πιο συγκεκριμένα, τα δημητριακά ολικής άλεσης παρέχουν στον ανθρώπινο οργανισμό:

- Φυτικές ίνες – διαλυτές (διαλύονται στο νερό) και αδιάλυτες (δεν διαλύονται στο νερό)
- Βιταμίνες του συμπλέγματος Β και φυλλικό οξύ
- Απαραίτητα λιπαρά οξέα (ωμέγα-3)
- Πρωτεΐνη
- Αντιοξειδωτικά, συμπεριλαμβανομένης της βιταμίνης Ε και του σεληνίου
- Ιχνοστοιχεία, όπως χαλκό
- Άλλα τμήματα του φυτού, που μπορεί να εμφανίζουν οφέλη στην υγεία

Η λίστα προϊόντων ολικής άλεσης δημητριακών, μπορεί να περιλαμβάνει το σιτάρι, το καστανό ρύζι, το κριθάρι, τη σίκαλη, τη βρώμη, το κεχρί και το αγριόριζο, ενώ άλλοι γνωστοί σπόροι δημητριακών και με πολλά οφέλη στην υγεία αποτελούν το φαγόπυρο και η κινόα. Έρευνες, μάλιστα, δείχνουν, ότι τα οφέλη στην υγεία μπορούν να επιτευχθούν



από την κατανάλωση δημητριακών ολικής άλεσης σε σχετικά χαμηλά επίπεδα, περίπου 1-3 μερίδες την ημέρα. Ωστόσο, φαίνεται ότι οι περισσότεροι άνθρωποι δεν φτάνουν σε αυτά τα επίπεδα πρόσληψης. Η τακτική δε, κατανάλωση δημητριακών ολικής άλεσης, ως μέρος μια υγιεινής διατροφής και τρόπου ζωής, μπορεί να βοηθήσει στη μείωση του κινδύνου πολλών κοινών νόσων.

Δεν είναι μόνο οι φυτικές ίνες των οποίων οι ιδιότητες προάγουν την υγεία. Οι θετικές επιδράσεις στην υγεία σχετίζονται, σε μεγάλο βαθμό, με την κατανάλωση ολόκληρου του σπόρου, ο οποίος περιλαμβάνει βιταμίνες (βιταμίνη Β, βιταμίνη Ε), μέταλλα (σίδηρος, μαγνήσιο, ψευδάργυρος, κάλιο, σελήνιο), απαραίτητα λιπαρά οξέα, φυτοχημικά (φυσικά ενεργά συστατικά των φυτών που έχουν λειτουργικά οφέλη στην υγεία) και άλλα βιοενεργά συστατικά των τροφίμων. Οι περισσότερες θρεπτικές ουσίες που προάγουν την υγεία βρίσκονται στο φύτρο και το πίτουρο του πυρήνα του κόκκου και περιλαμβάνουν το ανθεκτικό άμυλο, ολογοσκαρίτες, ινουλίνη, λιγνάνες, φυτοστερόλες, φυτικά οξέα, ταννίνες, λιπίδια, και αντιοξειδωτικά, όπως φαινολικά οξέα και φλαβονοειδή.

Οι έρευνες, επίσης, δείχνουν ότι:

- Τα άτομα που λαμβάνουν 3 ή περισσότερες μερίδες προϊόντων ολικής άλεσης την ημέρα, έχουν 20-30% μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών επεισοδίων, όπως καρδιακή προσβολή, σε σύγκριση με τα άτομα που έχουν χαμηλότερη πρόσληψη
- Υπάρχει μειωμένος κίνδυνος 20 – 30 % για εμφάνιση διαβήτη τύπου 2

συνέχεια στη σελ. 14 ▶

# Εξελίξεις στην θεραπεία της COVID-19

**Νικόλαος Β. Σύψας**

Καθηγητής Λοιμωξιολογίας Ιατρικής Σχολής  
Πανεπιστημίου Αθηνών, "Λαϊκό" Γ.Ν.Α.

**Ο**ι τελευταίοι 10 μήνες υπήρξαν ιδιαίτερα παραγωγικοί, όσον αφορά στην εισαγωγή στην κλινική πράξη νέων καινοτόμων φαρμάκων και θεραπειών, που θα έχουν ιδιαίτερα ευεργετική επίδραση στην πορεία της πανδημίας και την κλινική έκβαση της COVID-19. Ιδιαίτερη σημασία έχει η ανάπτυξη ανηκικών φαρμάκων και μονοκλωνικών αντισωμάτων, που, όταν χορηγηθούν χωρίς σε ασθενείς με ήπια/μέτρια νόσο, αλλά με έναν ή περισσότερους παράγοντες κινδύνου για κακή έκβαση, αποτρέπουν σε μεγάλο βαθμό την πρόοδο της νόσου, την εισαγωγή στο νοσοκομείο και τελικά ελαττώνουν θεαματικά τη θνητότητα.

Η ρεμδεσιβίρη είναι ένα ανηκικό φάρμακο που αναστέλλει το ιικό ένζυμο πολυμεράση του RNA και έτσι αναστέλλει τον πολλαπλασιασμό του ιού. Μελέτες του 2020 έδειξαν ότι όταν χορηγείται για 5 ημέρες σε νοσηλεύόμενους ασθενείς με COVID-19, σε χαμηλή παροχή οξυγόνου, ελαττώνει σημαντικά το χρόνο προς την ανάρρωση. Τον Ιούνιο 2021 ανακοινώθηκαν τα αποτελέσματα της μελέτης PINETREE, όπου το φάρμακο χορηγήθηκε για τρεις ημέρες σε εξω-νοσοκομειακούς ασθενείς με ήπια/μέτρια νόσο και ένα τουλάχιστον παράγοντα κινδύνου για κακή έκβαση. Η μελέτη ήταν τυχαίοποιημένη και έδειξε ότι στους ασθενείς που έλαβαν πρώιμη θεραπεία με ρεμδεσιβίρη ο κίνδυνος νοσηλείας ή θανάτου ελαττώθηκε κατά 87%, σε σχέση με τους ασθενείς που έλαβαν εικονικό φάρμακο.

Η μολνουπιραβίρη είναι προφάρμακο που μεταβολίζεται στον οργανισμό στο νουκλεοσιδικό ανάλογο υδροξυκυτιδίνη, το οποίο ενσωματώνεται κατά την αντιγραφή στο ιικό RNA με αποτέλεσμα να αθροίζονται πολλαπλές μεταλλάξεις και τα παραγόμενα ιικά σωματίδια να είναι μη λειτουργικά (lethal mutagenesis). Η μολνουπιραβίρη χορηγήθηκε στη μελέτη MOVE-OUT (N Engl J Med 2022; 386:509-520) σε ασθενείς που δεν χρειάζονταν νοσηλεία για COVID-19 λοίμωξη, είχαν συμπτώματα λοίμωξης ενάρξεως <5 ημερών και ήταν ανεμβολιαστοί με τουλάχιστον έναν παράγοντα κινδύνου για σοβαρή νόσο. Στις 29 ημέρες παρακολούθησης,



τα άτομα που έλαβαν μολνουπιραβίρη είχαν 31% μικρότερο κίνδυνο για θάνατο ή νοσηλεία αποδιδόμενα στην COVID-19 λοίμωξη, συγκρινόμενα με τους ασθενείς που έλαβαν εικονικό φάρμακο.

Μια νεότερη προσθήκη στα ανηκικά φάρμακα από του στόματος είναι ο συνδυασμός νιρματρελβίρη/ριτοναβίρη. Η νιρματρελβίρη είναι ένας εκλεκτικός αναστολέας της πρωτεάσης του ιού SARS-CoV-2, ενώ η ριτοναβίρη δρα ως φαρμακοενισχυτής. Η νιρματρελβίρη/ριτοναβίρη χορηγήθηκε στη διπλά τυφλή μελέτη φάσης 2/3 EPIC-HR (N Engl J Med. 2022 Feb 16) σε ασθενείς με COVID-19 λοίμωξη που δεν χρειάζονταν νοσηλεία, είχαν έναρξη συμπτωμάτων <5 ημέρες και τουλάχιστον έναν παράγοντα κινδύνου για σοβαρή νόσο. Στις 28 ημέρες παρακολούθησης, φάνηκε ότι τα άτομα που έλαβαν νιρματρελβίρη/ριτοναβίρη είχαν 88,9% μικρότερο σχετικό κίνδυνο για νοσηλεία ή θάνατο, σε σχέση με τους ασθενείς που έλαβαν εικονικό φάρμακο.

Για πρώτη φορά εισάγεται η έννοια της προφυλακτικής αγωγής πριν την έκθεση, δηλαδή, χορήγηση του συνδυασμού των μονοκλωνικών αντισωμάτων fixagevimb / cilgavimab, σε ασθενείς οι οποίοι ΔΕΝ έχουν τρέχουσα λοίμωξη από τον SARS-CoV-2 και ΔΕΝ έχουν γνωστή, πρόσφατη έκθεση στον SARS-CoV-2, αλλά έχουν σοβαρή ανοσοκαταστολή, που δεν τους επιτρέπει να αναπτύξουν ανοσιακή απάντηση στον εμβολιασμό ή δεν μπορούν να εμβολιαστούν για ιατρικούς λόγους. Η μελέτη PROVENT

**συνέχεια στη σελ. 14** ▶

**Μια νεότερη προσθήκη στα ανηκικά φάρμακα από του στόματος είναι ο συνδυασμός νιρματρελβίρη/ριτοναβίρη.**