

στους ρυθμούς της καρδιάς

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ
ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ
HELLENIC HEART FOUNDATION



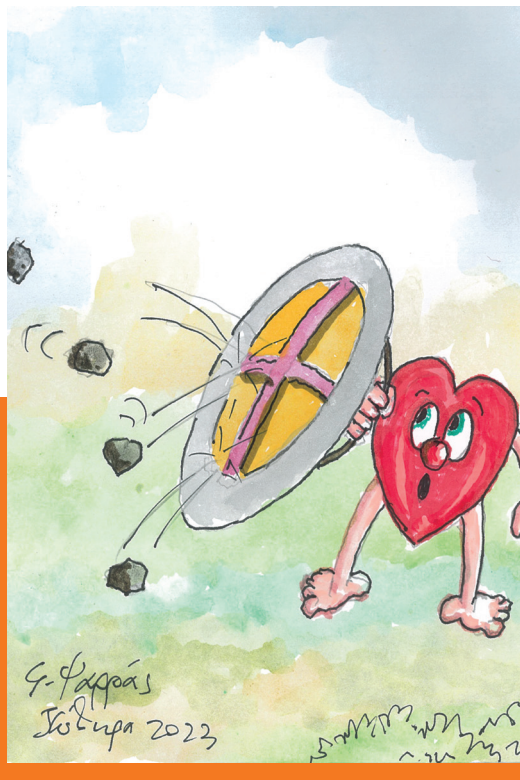
Η Αξία του Προληπτικού Καρδιολογικού Ελέγχου

Χρήστος Μιχαλακάς

Καρδιολόγος, MD, PhD, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών,
Επιστημονικός Συνεργάτης Β' Πανεπιστημιακής Καρδιολογικής
Κλινικής, Επιμελητής Εξωτερικού Καρδιολογικού Ιατρείου
Ευρωκλινικής Αθηνών

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα (στεφανιαία νόσος, αγγειακή εγκεφαλική νόσος, περιφερική αγγειοπάθεια) αποτελούν το **πρώτο αίτιο απώλειας ζωής** στις προηγμένες δυτικές κοινωνίες. Πρόκειται για νοσήματα στα οποία κοινό αίτιο είναι η **αθηροσκλήρωση των αγγείων**. Ανάλογα με το ποια αγγεία του σώματος εμφανίζουν αθηρωματικές βλάβες εκδηλώνεται το καρδιαγγειακό νόσημα, δηλαδή:

- 1. Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο**, όταν προσβάλλονται οι αρτηρίες που αιματώνουν τον εγκέφαλο (καρωτίδες και σπονδυλικές αρτηρίες, αρτηρίες του εγκεφάλου).



2. **Έμφραγμα του μυοκαρδίου**, στηθάγχη, καρδιακή ανεπάρκεια ή αιφνίδιος θάνατος, όταν προσβάλλονται τα στεφανιαία αγγεία της καρδιάς.

3. **Πόνος στα κάτω άκρα**, γάγγραινα ή ακόμα και ακρωτηριασμός, όταν προσβάλλονται οι αντιστοιχες αρτηρίες των κάτω άκρων.

Οι σημαντικότεροι παράγοντες που προκαλούν την εμφάνιση της αθηροσκλήρωσης και την εκδήλωση καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι:

1. **Αρτηριακή υπέρταση** (αυξημένη αρτηριακή πίεση). Η κατάλληλη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης επιτυγχάνεται με υγιεινοδιαιτητικά μέτρα (όπως η ελάττωση της κατανάλωσης αλατιού) και, όταν αυτά δεν επαρκούν, με τη χορήγηση κατάλληλης αντιυπερτασικής αγωγής.

2. **Υπερλιπιδαιμία** (αυξημένη χοληστερίνη). Τα αυξημένα επίπεδα χοληστερίνης στο αίμα σχετίζονται άμεσα με την αθηροσκλήρωση. Η αντιμετώπιση της πάθησης στηρίζεται σε συνδυασμό υγιεινοδιαιτητικών μέτρων (άσκηση, διακοπή καπνίσματος, διατροφή) και κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής.

3. **Σακχαρώδης διαβήτης** (αυξημένο σάκχαρο). Οι ασθενείς που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη θεωρούνται υψηλού κινδύνου για εμφάνιση καρδιαγγειακών επεισοδίων και χρήζουν ιδιαίτερης θεραπευτικής αντιμετώπισης και παρακολούθησης από ιατρό κατάλληλης ειδικότητας.

4. **Χρόνια νεφρική νόσος** (νεφρική ανεπάρκεια). Παθήσεις των νεφρών, που επηρεάζουν την ικανότητα αποβολής τοξικών ουσιών από τον οργανισμό, επιταχύνουν την αθηροσκλήρωση των αγγείων και την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων.

5. **Κάπνισμα**. Το ενεργητικό και το παθητικό κάπνισμα σχετίζεται με όλες τις καρδιαγγειακές, καθώς και με άλλες παθήσεις (πνευμονοπάθειες, καρκίνος κλπ). Η διακοπή του καπνίσματος ελαττώνει τον κίνδυνο για εμφάνιση καρδιαγγειακών επεισοδίων κατά το ήμισυ.

6. **Παχυσαρκία**. Η επιδημία της παχυσαρκίας που καταγράφεται σήμερα στις σύγχρονες δυτικές κοινωνίες σχετίζεται ευθέως με την εμφάνιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Η διατήρηση ιδανικού σωματικού βάρους αποτελεί σημαντικό στοιχείο προστασίας από τις παθήσεις αυτές.

7. **Καθιστική ζωή**. Η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας και τακτικής αερόβιας άσκησης, συχνό φαινόμενο στις σύγχρονες κοινωνίες, παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση αθηροσκλήρωσης.

Επίσης, σημαντικό ρόλο παίζει η **ηλικία** των ασθενών καθώς και το **φύλο**. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα προσβάλ-

λουν συνήθως άνδρες μέσης ή μεγαλύτερης ηλικίας, ενώ οι γυναίκες πριν την εμμηνόπαυση εμφανίζουν μια σχετική προστασία λόγω των ορμονών του φύλου, γεγονός το οποίο αλλάζει μετά την κλιμακτήριο.

Επιπλέον των «παραδοσιακών» παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου που αναγράφονται παραπάνω, τα τελευταία χρόνια έχει αναγνωριστεί και ένας αριθμός άλλων παραγόντων, των λεγόμενων τροποποιητών κινδύνου (risk modifiers). Σε αυτούς περιλαμβάνονται:

1. **Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες**. Στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες συμπεριλαμβάνονται καταστάσεις που προκαλούν στρες (π.χ. ψυχικές νόσοι), όπως και η μοναξιά και έντονα στρεσογόνα συμβάντα της ζωής. Αυτές οι παράμετροι μπορούν έως και να διπλασιάσουν τον καρδιαγγειακό κίνδυνο. Επιπλέον, το ψυχοκοινωνικό στρες σχετίζεται συνήθως με υιοθέτηση ανθυγιεινών συμπεριφορών (λχ. κάπνισμα, πτωχή συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή κλπ). Αντίθετα, αισιόδοξα και δραστήρια άτομα με πολύπλευρα ενδιαφέροντα εμφανίζουν χαμηλότερο κίνδυνο.

2. **Εθνότητα**. Πλέον στην Ελλάδα κατοικούν άτομα με διαφορετική καταγωγή και πολιτισμικό υπόβαθρο. Δεδομένης της διαφοράς στην επιδημιολογία των παραγόντων κινδύνου σε άτομα διαφορετικής καταγωγής, η διαστρωμάτωση κινδύνου σε μετανάστες μπορεί να είναι προκλητική και πρέπει να αξιολογούνται πολλοί διαφορετικοί παράγοντες. Γενικά, φαίνεται ότι άτομα που κατάγονται από την Ασία, ιδιαίτερα από τη Νότιο Ασία (λ.χ. Ινδία, Πακιστάν) εμφανίζουν αυξημένο αναλογικά καρδιαγγειακό κίνδυνο.

3. **Κληρονομικό ιστορικό**. Συγγενείς ατόμων με πρώιμη καρδιαγγειακή νόσο (εμφάνιση οξείας καρδιαγγειακού επεισοδίου ή ανάγκη για θεραπευτική παρέμβαση στα αγγεία σε άνδρες ηλικίας <55 ετών και γυναίκες <65 ετών) εμφανίζουν δυνητικά αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο. Η λήψη του κληρονομικού ιστορικού μπορεί να επηρεάσει τη διαστρωμάτωση κινδύνου των ατόμων αυτών και την αυστηρότερη στοχοθέτηση και αντιμετώπιση των υπόλοιπων παραγόντων κινδύνου.

4. **Ευάλωτα άτομα**. Η έννοια της ευαλωτότητας είναι πολυδιάστατη, ανεξάρτητη από την ηλικία και τις συνυπάρχουσες παθήσεις, και αποτελεί ένα λειτουργικό πράγοντα κινδύνου για ανεπιθύμητες επιπλοκές εν γένει. Δεν είναι εύκολο να αξιολογηθεί αντικειμενικά η ευαλωτότητα ενός ατόμου, όμως, είναι σημαντικό να εκτιμάται, καθ' ότι επηρεάζει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο αλλά και τη θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών.

συνέχεια στη σελ. 52 ▶

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ:

Ελληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας

Βασ. Σοφίας 133 - Τ. Κ.115 21 Αθήνα

Τηλ.: (210) 6401477, 6450118, 6460522

Fax: (210) 6401478

E-mail: elikar@elikar.gr <http://www.elikar.gr>

ΕΚΔΟΤΗΣ: 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, Ι. Αρσενόπουλος, Κ. Θωμόπουλος, Γ. Κολοβού, Ι. Μπαρμπετσιάς, Δ. Ρίχτερ, Β. Σπανός

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ: Γ. Καλλιούπη, Μ. Πομόνη

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

Διαδερμικές επεμβάσεις στην τριγλώχινα βαλβίδα

ΣΤΗΝ
ΕΛΛΑΔΑ...
ΚΑΙ ΤΟΝ
ΚΟΣΜΟ

Αναστάσιος Χ. Αποστολός | MD, PhD(c)

Ιατρός, Υποψήφιος Διδάκτωρ, Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, "Ιπποκράτειο" Γ.Ν.Α.

Μαρία Ι. Δρακοπούλου | MD, PhD

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

Η ανεπάρκεια της τριγλώχινας βαλβίδας αποτελεί ένα συχνό υπερηχοκαρδιογραφικό εύρημα, αφού συναντάται στο 70-90% του γενικού πληθυσμού. Αν και η ήπια ανεπάρκεια ανευρίσκεται σε υγιή άτομα, δεν συμβαίνει το ίδιο με τις σοβαρότερες μορφές. Η μέτρια ή η σοβαρή ανεπάρκεια συναντώνται σπανιότερα και είναι συχνότερες στο γυναικείο φύλο και σε ασθενείς ηλικίας >75 ετών. Η εξέλιξη της επεμβατικής καρδιολογίας και η επιτυχημένη διακαθετηριακή αντιμετώπιση της στένωσης της αορτικής βαλβίδας καθώς και των παθήσεων της μιτροειδούς βαλβίδας αποτέλεσε τη βάση για να αναπτυχθούν μη-χειρουργικές, επεμβατικές μέθοδοι αντιμετώπισης της ανεπάρκειας της τριγλώχινας βαλβίδας.

Η χρόνια, σοβαρή ανεπάρκεια της τριγλώχινας βαλβίδας προκαλεί υπερφόρτωση όγκου και αυξημένη τάση των τοιχωμάτων της δεξιάς κοιλίας, η οποία επιτείνει, με τη σειρά της, την ανεπάρκεια της βαλβίδας, δημιουργώντας ένα φαύλο κύκλο. Ως εκ τούτου, οι ασθενείς αυτοί αντιμετωπίζουν αυξημένη θνητότητα και παρουσιάζουν συχνότερα και εντονότερα συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας, ανεξαρτήτως του κλάσματος εξωθήσεως. Μέχρι σήμερα, η χειρουργική επέμβαση δεν κατάφερε να δώσει αποτελεσματικές λύσεις, λόγω της αυξημένης μετεγχειρητικής θνητότητας των ασθενών αυτών. Η επεμβατική της αντιμετώπιση, λοιπόν, κρίνεται αναγκαία και απαραίτητη, χωρίς να σημαίνει ότι αποτελεί και το πρώτο βήμα.

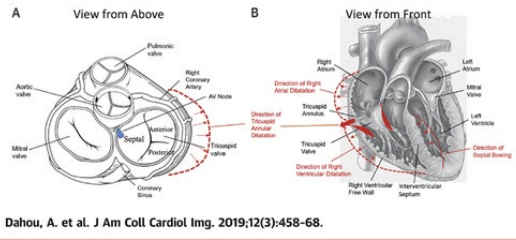
Η αντιμετώπιση της σοβαρής ανεπάρκειας τριγλώχινας απαιτεί τη συνεργασία πολλών ιατρικών ειδικοτήτων, τη διενέργεια πολλαπλών διαγνωστικών εξετάσεων, καθώς και την αξιοποίηση μη-επεμβατικών μεθόδων, πριν τη διακαθετηριακή αντιμετώπιση αυτής.



Αναμφίβολα, η αντιμετώπιση της σοβαρής ανεπάρκειας τριγλώχινας απαιτεί τη συνεργασία πολλών ιατρικών ειδικοτήτων, τη διενέργεια πολλαπλών διαγνωστικών εξετάσεων, καθώς και την αξιοποίηση μη-επεμβατικών μεθόδων, πριν τη διακαθετηριακή αντιμετώπιση αυτής. Η χρόνια, σοβαρή ανεπάρκεια της τριγλώχινας είναι συχνότερα δευτεροπαθής και πρέπει να καταβάλλεται πρώτα προσπάθεια αντιμετώπισης των λοιπών υποκείμενων νόσων. Για παράδειγμα, η εντατική χορήγηση διουρητικών, η αιμοκάθαρση, η αντιμετώπιση της προ-τριχοειδικής πνευμονικής υπέρτασης, η επαναγγείωση για τη βελτίωση της συστολικής λειτουργίας και ο έλεγχος ρυθμού ή συχνότητας, σε όσους πάσχουν από κολπική μαρμαρυγή, θα συμβάλουν στη βελτίωση των συμπτωμάτων και στην καλύτερη πρόγνωση των ασθενών αυτών. Αν οι παραπάνω επιλογές αποτύχουν στον έλεγχο των συμπτωμάτων ή δεν παρατηρηθεί βελτίωση στα ευρήματα από τις απεικονιστικές εξετάσεις, τότε πρέπει να τεθεί υπόψη η διακαθετηριακή αντιμετώπιση της ανεπάρκειας.

Η επεμβατική αντιμετώπιση περιλαμβάνει (α) την τοποθέτηση νέας βαλβίδας είτε επί της γηγενούς είτε επί προσθετικής, (β) τη συμπληρίαση των γλωχίνων και (γ) την πλαστική του δακτυλίου. Η επιλογή της μεθόδου εξαρτάται από τη βαρύτητα της νόσου καθώς και την υποκείμενη ανατομία και παθολογία. Αν και η αντιμετώπιση είναι κατά κόρον εξατομικευμένη στον κάθε ασθενή, υπάρχουν κάποιες γενικές κατευθύνσεις που εφαρμόζονται. Σε πρωτοπαθή

CENTRAL ILLUSTRATION: Appreciating the Complex Anatomy of the TV Anatomy Is Essential to Understand the Pathophysiology of Tricuspid Regurgitation



ανεπάρκεια, που συνδυάζεται από πρόπτωση ή flail των γλωχίνων, τότε επιλέγεται η συμπλησίαση των γλωχίνων. Το ίδιο επιλέγεται, επίσης, όταν το κενό που προκαλείται, λόγω της ανεπάρκειας, δεν ξεπερνά τα 8,5 χιλιοστά και μπορεί να συνδυαστεί και με πλαστική του δακτυλίου. Αν το κενό είναι μεγαλύτερο, οι γλωχίνες έχουν περιορισμό στην κίνηση ή η νόσος είναι πολύ προχωρημένη, τότε επιλέγεται η τοποθέτηση νέας βαλβίδας με ή χωρίς την πλαστική του δακτυλίου.

Καταληκτικά, η σοβαρή ανεπάρκεια της τριγλώχινας βαλβίδας έχει επανέλθει στην επικαιρότητα, λόγω της δυνατότητας επεμβατικής αντιμετώπισης. Αν η βέλτιστη φαρμακευτική αγωγή και οι άλλες θεραπευτικές επιλογές δεν πετύχουν την ύφεση της κλινικής συμπτωματολογίας των ασθενών και τη βελτίωση των απεικονιστικών ευρημάτων, τότε η διακαθητηριακή αντιμετώπιση, είτε με αντικατάσταση της βαλβίδας είτε με τη συμπλησίαση των βαλβίδων, έχει θέση στη διαχείριση των ασθενών αυτών. ●

συνέχεια από τη σελ. 50 ►

- 5. Κοινωνικό – οικονομικοί παράγοντες.** Το χαμηλό οικονομικό επίπεδο και το εργασιακό στρες σχετίζονται ανεξάρτητα με την ανάπτυξη καρδιαγγειακών παθήσεων και στα δύο φύλα. Το εργασιακό στρες σχετίζεται με το φόρτο εργασίας (έλλειψη ελέγχου, υψηλές απαιτήσεις), αλλά και με τη δυσαναλογία ανάμεσα στις οικονομικές απολαβές σε σχέση με την εργασιακή προσπάθεια.
- 6. Γενετικοί παράγοντες.** Φαίνεται ότι υφίσταται γονιδιακό υπόστρωμα, όσον αφορά στην εκδήλωση καρδιαγγειακών νοσημάτων. Εντούτοις, δεν υπάρχει ομοφωνία ως προς το ποιά γονίδια και πολυμορφισμοί εμπλέκονται στην παθογένεια της αγγειακής νόσου. Πολυγονιδιακά σκορ έχουν αναπτυχθεί, αλλά ο τομέας χρήζει περισσότερης ανάπτυξης για να έχει κλινική εφαρμογή.
- 7. Περιβαλλοντικοί παράγοντες.** Τα τελευταία χρόνια ολοένα και περισσότερο αναγνωρίζεται ο ρόλος της ατμοσφαιρικής ρύπανσης στην εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων. Αυξημένα ποσοστά μικροσωματιδίων στην ατμόσφαιρα στα αστικά κέντρα έχουν συσχετισθεί με την εμφάνιση οξέων επεισοδίων. Επιπλέον, σημαντικό είναι και ο ρόλος της ηχορύπανσης και της ρύπανσης του εδάφους που επηρεάζει τη διατροφική αλυσίδα.
- 8. Απεικόνιση.** Η αποκάλυψη της παρουσίας αθηρωμάτωσης των αγγείων με απεικονιστικές τεχνικές (υπερηχογράφημα καρωτίδων, σκορ ασβεστίου των στεφανιαίων αρτηριών με αξονική τομογραφία) μπορεί να βοηθήσει στην πρόβλεψη μελλοντικών καρδιαγγειακών επεισοδίων και να επηρεάσει την απόφαση για θεραπευτική αντιμετώπιση στο πλαίσιο καρδιαγγειακής πρόληψης.

Η αξία της προληπτικής καρδιολογίας έγκειται στην προστασία των ατόμων από την εμφάνιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Έτσι, ο έμπειρος κλινικός ιατρός, μετά από

λήψη του ιστορικού, κλινική εξέταση και πραγματοποίηση των κατάλληλων διαγνωστικών εξετάσεων, μπορεί να αξιολογήσει τον ενδεχόμενο κίνδυνο που διατρέχει ο ασθενής να εμφανίσει μελλοντικά καρδιαγγειακά επεισόδια, και να τον προστατεύσει με κατάλληλη συμβουλευτική, υγιεινδιαιτητική ή φαρμακευτική παρέμβαση.

Παράλληλα, η **υιοθέτηση ενός περισσότερο υγιεινού τρόπου ζωής** προστατεύει τους ασθενείς από την πιθανή εκδήλωση καρδιαγγειακών νοσημάτων. Στα πλαίσια αυτά προτείνεται:

- 1. Η καθημερινή σωματική άσκηση:** Η τακτική αερόβια άσκηση, μετά από τη σύμφωνη γνώμη του θεράποντος ιατρού, μπορεί να προστατεύσει τα άτομα, ακόμα και όταν αφορά σε μισή ώρα βόλτα καθημερινά.
- 2. Η διατήρηση του φυσιολογικού σωματικού βάρους:** Διατήρηση του δείκτη μάζας σώματος ($\Delta M \Sigma = \text{Βάρος σε kg} / \text{Ύψος}^2 \text{ σε m}$) σε επίπεδα 20-25 kg/m^2 θεωρείται ιδανική για αποφυγή των επιπλοκών των καρδιαγγειακών νοσημάτων.
- 3. Η αποφυγή του ενεργητικού και του παθητικού καπνίσματος.**
- 4. Η αποφυγή του στρες.**

Συμπερασματικά, αν και τα καρδιαγγειακά νοσήματα έχουν πολυπαραγοντικά αίτια, εντούτοις, έχουμε στη διάθεσή μας εργαλεία για την έγκαιρη πρόβλεψη εμφάνισής τους, καθώς και για την πρόληψη με στόχο την προστασία της υγείας του πληθυσμού εν γένει και του εκάστοτε ασθενούς σε εξατομικευμένη βάση. Η εφαρμογή απλών μέτρων πρόληψης από την πολιτεία και η υιοθέτησή τους από τους πολίτες αποτελεί το πρώτο, αλλά εξαιρετικά σημαντικό, βήμα πρόαψισης της καρδιαγγειακής υγείας. ●

Σύνδρομο Long Covid... Μια σύγχρονη πραγματικότητα

ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ
ΧΘΕΣ
ΣΗΜΕΡΑ
ΑΥΡΙΟ

Ανδρέας Συνετός

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

Καθώς βρισκόμαστε στην εξέλιξη της επιδημίας Covid, καθημερινά, νέοι προβληματισμοί και νέες συζητήσεις έρχονται στο προσκήνιο. Εκτός του γνωστού προβληματισμού που αφορά στη διάρκεια της πανδημίας, στις νέες μεταλλάξεις, που κατά καιρούς εμπλουτίζονται από τοπικές εξάρσεις της νόσου, όπως πρόσφατα στην Κίνα, βασικό θέμα συζήτησης είναι οι μακροχρόνιες επιπτώσεις που ο ιός μπορεί να έχει στον ανθρώπινο οργανισμό, το λεγόμενο σύνδρομο Long Covid.

Ως Long Covid ορίζεται η κατάσταση κατά την οποία μια σειρά επίμονων συμπτωμάτων μπορεί να παραμείνουν στον ασθενή πολύ μετά την οξεία λοίμωξη SARS-CoV-2. Είναι χαρακτηριστικό, ότι το σύνδρομο Long Covid μπορεί να εμφανιστεί σε όλο το φάσμα των ασθενών που νόσησαν από Κορωναϊό, δηλαδή και σε αυτούς που νόσησαν βαριά αλλά και σε αυτούς που νόσησαν υποκλινικά ή το πέρασαν στο πόδι, όπως χαρακτηριστικά λέμε. Η θεωρία του συνδρόμου Long Covid έρχεται σε αντίθεση με την αρχική θεώρηση ότι οι υγιείς νέοι με ήπια λοίμωξη COVID ενδέχεται να αντιμετωπίσουν προσωρινές συνέπειες μετά τη μόλυνση, όπως κόπωση, απώλεια όσφρησης και γεύσης ή μειωμένη γονιμότητα, με τα συμπτώματα όμως να αντιμετωπίζονται σταδιακά με την πάροδο του χρόνου.

Σε αντιστοιχία με τη μόλυνση από Covid, έτσι και το σύνδρομο Long Covid μπορεί να επηρεάσει διάφορα όργανα του ανθρώπινου σώματος και να εμφανιστεί με μια πληθώρα συμπτωμάτων, τα πιο συχνά των οποίων είναι τα εξής:

- Εύκολη κόπωση
- Μη παραγωγικός βήχας
- Πονοκέφαλος
- Δύσπνοια
- Θωρακικός πόνος
- Αρρυθμίες στην καρδιά
- Πνευμονική εμβολή
- Γνωστικές διαταραχές
- Διαταραχές ύπνου
- Εφίδρωση κατά τη διάρκεια του ύπνου
- Συμπτώματα διαταραχής μετατραυματικού στρες
- Μυϊκούς πόνους
- Προβλήματα συγκέντρωσης

Νεότερα δεδομένα αναφέρουν ότι οι αρκετοί ασθενείς με σύνδρομο Long Covid καθυστερούν να επανέλθουν στον αρχικό (προ της λοίμωξης) τρόπο ζωής τους, καθυστερούν να επαναρρυθμίσουν τους παράγοντες κινδύνου, να ξεκινήσουν την άσκηση και τη σωστή διατροφή, με αποτέλεσμα να



παίρνουν βάρος, να αναπτύσσουν μεταβολικό σύνδρομο και να αυξάνουν τους παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακά προβλήματα. Τα αποτελέσματα αυτά ενδεχομένως να έχουν μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην κοινωνία και τη δημόσια υγεία και, συνεπώς, είναι απαραίτητη η ενημέρωση του κόσμου για αυτό το ενδεχόμενο.

Η αντιμετώπιση του συνδρόμου είναι καθαρά εμπειρική, καθώς δεν υπάρχουν μετρήσιμοι δείκτες για να θέσουν τη διάγνωση ή να ποσοτικοποιήσουν τη νόσο. Αρχικά θα πρέπει να αποκλειστεί η παρουσία σημαντικών επιπλοκών, π.χ., ο υπέρηχος καρδιάς θα αποκλείσει την ύπαρξη μυοκαρδίτιδας οφειλόμενης στον ιό. Η συμβουλευτική των ασθενών έχει πιο σημαντικό ρόλο και περιλαμβάνει την εκπαίδευση σχετικά με την αναγνώριση των συμπτωμάτων καθώς και την ενθάρρυνση για την ενεργοποίηση των δικτύων υποστήριξης. Η φυσικοθεραπεία μπορεί να έχει κομβικό ρόλο στη βελτίωση των συμπτωμάτων και στην επάνοδο στη φυσιολογική ζωή και στο εργασιακό περιβάλλον.

Τέλος, με το σκεπτικό ότι το σύνδρομο Long Covid δεν είναι ακόμη πλήρως κατανοητό, υπάρχει ένας περιορισμός στις θεραπευτικές προσεγγίσεις. Συνεπώς, στις μέρες μας, το πιο ισχυρό όπλο που έχουμε είναι ο εμβολιασμός, η χρήση ατομικών μέτρων προστασίας και κυρίως μάσκας προσώπου σε χώρους με συγχρωτισμό, η τήρηση των βασικών υγειονομικών κανόνων, ο συχνός έλεγχος με self test και η επικοινωνία με τον προσωπικό μας ιατρό. ●



Το πρόγραμμα συνεργασίας WOMEN'S HURDLES, στο οποίο συμμετέχει ενεργά το Ελληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας από τις αρχές του 2021 και το οποίο θα ολοκληρωθεί το πρώτο τρίμηνο του 2023, έχει ως σκοπό να αναπτύξει, εφαρμόσει και διαδώσει καινοτόμες πρακτικές σχετιζόμενες με τη φυσική δραστηριότητα, σε ένα πληθυσμό δυνητικά υψηλού κινδύνου και ταυτόχρονα δύσκολα προσεγγίσιμο: τις γυναίκες, και ειδικά τις γυναίκες αυτές που έχουν οικογένεια και ταυτόχρονα εργάζονται. Σε προηγούμενο άρθρο είχαμε αναφερθεί στα πρώτα βήματα αυτού του προγράμματος, που στόχο είχαν να οδηγήσουν στη διαμόρφωση κάποιων χρυσών κανόνων. Το πρόβλημα αφορά εκατομμύρια γυναίκες στην Ευρώπη, οι οποίες δεν έχουν το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας και δεν ασκούνται όσο θα ήθελαν ή όσο θα μπορούσαν. Και, βέβαια, το πρόβλημα αυτό δεν μπορεί να διορθωθεί αυτόματα με κάποια μαγική λύση. Αυτό που προτείνουμε είναι ένα σύνολο πρακτικών και ψυχολογικών παρεμβάσεων, που στοχεύουν στην τροποποίηση της συμπεριφοράς και του τρόπου με τον οποίον οι γυναίκες αντιμετωπίζουν το θέμα της άσκησης. Οι παρεμβάσεις αυτές μπορεί να είναι λίγο διαφορετικές από χώρα σε χώρα και ανάλογα με την ομάδα των γυναικών στην οποία απευθύνονται, όμως μοιράζονται τα ίδια βασικά χαρακτηριστικά. Οι άνθρωποι που είναι υπεύθυνοι στους τομείς που αφορούν στην άσκηση και τα σπορ θα πρέπει να αφοουκραστούν και να προσαρμόσουν τις πολιτικές τους σε κάθε μια από τις διαφορετικές αυτές ομάδες γυναικών. Η ομάδα του WOMEN'S HURDLES ευελπιστεί, ότι οι χρυσοί αυτοί κανόνες μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως αφετηρία και σημείο αναφοράς στην προσπάθεια αυτή.

Women's Hurdles: Οι χρυσοί κανόνες για την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας στις γυναίκες

Γεώργιος Σ. Γκουμάς

Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών

Να λοιπόν οι δέκα χρυσοί κανόνες που προτείνουμε:

1. Συμμετοχή των γυναικών σε όλη την πυραμίδα λήψης αποφάσεων. Αν θέλουμε να έχουμε μια πραγματική αλλαγή στο θέμα της οργανωμένης φυσικής δραστηριότητας και της συμμετοχής στα σπορ, θα πρέπει οι γυναίκες να έχουν περισσότερες ευκαιρίες συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων τόσο στους διάφορους αθλητικούς οργανισμούς όσο και σε διοικητικές θέσεις που σχετίζονται με τα σπορ και τη φυσική δραστηριότητα.
2. Η ανάγκη για φυσική δραστηριότητα και συμμετοχή σε σπορ αφορά στις γυναίκες κάθε ηλικίας. Ιδιαίτερη προσοχή και παρακολούθηση χρειάζεται σε συγκεκριμένες ευαίσθητες περιόδους στη ζωή μιας γυναίκας, αλλά και σε ειδικές κατηγορίες γυναικών.
3. Το πιο σημαντικό είναι η ύπαρξη προσωπικών κινήτρων. Οι γυναίκες πρέπει να διευκολυνθούν, ώστε να ξεπεράσουν πρακτικούς και προσωπικούς φραγμούς και να αποκτήσουν σταθερά προσωπικά κίνητρα για φυσική δραστηριότητα. Ο σχηματισμός συγκεκριμένων ομάδων, βασισμένων σε ιδιαίτερες ανάγκες και κίνητρα, θα ευνοήσει το σχηματισμό στενότερων δεσμών ανάμεσα στις συμμετέχουσες γυναίκες και άρα και τη μακροχρόνια συμμόρφωση στα προγράμματα άσκησης και φυσικής δραστηριότητας.
4. Αρχές επικοινωνίας. Η λέξη «σπορ» και οι παραδοσιακές εικόνες που τη συνοδεύουν μπορεί να πυροδοτήσουν αρνητικούς συνειρμούς σε πολλές γυναίκες. Η σωστή επικοινωνία της εμπειρίας της φυσικής δραστηριότητας προς τις γυναίκες έχει βασική σημασία. Το «πατρικό-συμβουλευτικό» ύφος, καλό είναι να αποφεύγεται, ενώ πρέπει να στέλνονται θετικά μηνύματα σχετικά με διασκέδαση και ευζωία, και λιγότερο σχετικά με υγεία.
5. Η σημασία των προτύπων. Η φυσική δραστηριότητα και η ενασχόληση με τα σπορ συνδυάζεται με εικόνες ομορφιάς και καλής φυσικής κατάστασης, εικόνες που μερικές φορές μπορεί να δημιουργήσουν αισθήματα προσωπικής ανεπάρκειας και υποτίμησης. Είναι πολύ

σημαντικό να χρησιμοποιηθούν μοντέλα γυναικών από την καθημερινή πραγματική ζωή, που θα εμφανίζονται ευτυχισμένα και με εμπιστοσύνη στην εικόνα τους. Σχετικές εκστρατείες μέσων ενημέρωσης και influencers είναι καλοδεχούμενες.

6. Ο ρόλος των συντρόφων. Οι σύντροφοι των γυναικών πρέπει να ενθαρρυνθούν να τις υποστηρίζουν με πρακτικούς τρόπους στις δουλειές του σπιτιού, όπως είναι για παράδειγμα το μαγείρεμα και η φροντίδα των παιδιών, με στόχο αυτές να βρουν χρόνο για άσκηση και φυσική δραστηριότητα. Παράλληλα πρέπει να τις ενθαρρύνουν και να τις υποστηρίξουν ψυχικά σε αυτήν την προσπάθεια. Σε αντάλλαγμα θα έχουν δίπλα τους ευτυχισμένες και υγιείς γυναίκες!
7. Ο ρόλος των παιδιών. Για μια εργαζόμενη γυναίκα ο χρόνος που περνάει με τα παιδιά της δεν είναι ποτέ αρκετός. Η οργάνωση δραστηριοτήτων άθλησης μαζί με τα παιδιά μπορεί να επιτρέψει την καλύτερη διαχείριση του χρόνου και την αποφυγή ενοχικών συναισθημάτων. Επιπλέον, οι γυναίκες με τον τρόπο αυτό δίνουν καλύτερο παράδειγμα στα παιδιά τους και κερδίζουν ευκολότερα τη συμπαράσταση της υπόλοιπης οικογένειας.
8. Ο ρόλος της εργασίας. Για μια εργαζόμενη γυναίκα η σωστή διαχείριση του διαθέσιμου χρόνου είναι εξαιρετικά σημαντική. Έτσι, θα είναι ιδιαίτερα χρήσιμη η ευκαιρία να ασκείται πολύ κοντά ή μέσα στον εργασιακό της χώρο. Οι εργοδότες πρέπει να ενθαρρυνθούν να προσφέρουν ευελιξία στο ωράριο και ευκαιρίες άσκησης μέσα στον εργασιακό χώρο με κατάλληλους χώρους και γυμναστής. Σε αντάλλαγμα θα πάρουν ευτυχισμένες και υγιείς εργαζόμενες και μια εντυπωσιακή αύξηση της παραγωγικότητας.
9. Ο ρόλος της τεχνολογίας. Η τεχνολογία μπορεί να προσφέρει στις γυναίκες πολλαπλά πλεονεκτήματα, όπως είναι για παράδειγμα η άσκηση με γυμναστή διαδικτυακά, για αυτές που δεν μπορούν ή δεν θέλουν να πάνε σε ένα γυμναστήριο. Εξαιρετικά σημαντική επίσης είναι η προσωποποιημένη επικοινωνία, με αποστολή στο κινητό υπενθυμίσεων για προσεχείς συνεδρίες ή μηνυμάτων ενθάρρυνσης μετά από χαμένες συνεδρίες.
10. Η σημασία της συμμόρφωσης στο πέρασμα του χρόνου. Σε πολλές φάσεις στη ζωή μιας γυναίκας η συνεπής συμμετοχή σε προγράμματα φυσικής δραστηριότητας μπορεί να μειωθεί ή και να σταματήσει εντελώς. Για το λόγο αυτό, πρέπει να γίνεται κάθε δυνατή προσπάθεια, ώστε οι γυναίκες να συνεχίσουν την άσκηση σε κάθε περίπτωση ή περίοδο της ζωής τους.

Ευαίσθητες περιοδοί και ομάδες που χρειάζονται προσοχή

1. Όψιμη εφηβεία. Η συνήθεια να ασχολούμαστε με σπορ και να έχουμε πλούσια φυσική δραστηριότητα διδάσκεται και αποκτάται κατά τη διάρκεια των σχολικών μας χρόνων, αφού κάθε καμπύλη μαθήσεως και απόκτησης νέων ικανοτήτων είναι τότε πολύ πιο βαθιά. Με άλλα λόγια, κάθε κορίτσι που ασκείται στη σχολική του ηλικία έχει περισσότερες πιθανότητες να συνεχίσει έτσι και στην ενήλικη ζωή του. Ωστόσο, πολλές μελέτες δείχνουν ότι πολλά κορίτσια εγκαταλείπουν τα σπορ στα εφηβικά τους χρόνια και, επιπλέον, αναπτύσσουν αρνητική

στάση απέναντί τους, μια στάση που αποτελεί σημαντικό εμπόδιο σε όλη τους τη ζωή.

2. Μετά την εγκυμοσύνη. Χρειάζεται μεγάλη προσπάθεια προκειμένου οι νέες μητέρες να συνεχίσουν να φροντίζουν το σώμα τους και να αμβλύνουν το άγχος και την κατάθλιψη που χαρακτηρίζουν την περίοδο μετά τον τοκετό. Ιδιαίτερα, οι δραστηριότητες στις οποίες οι νέες μητέρες μπορούν να συμμετάσχουν μαζί με τα μωρά τους είναι πάντα η καλύτερη ιδέα.
3. Εμμηνόπαυση. Πολλές γυναίκες δεν είναι προετοιμασμένες για το πόσο εξουθενωτικά μπορεί να είναι τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης. Η άσκηση και η φυσική δραστηριότητα κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου μπορεί να είναι ζωτικής σημασίας, αφού αμβλύνει αυτά τα συμπτώματα, αντιρροπεί κάποιες από τις μεταβολικές διαταραχές που προκαλεί η εμμηνόπαυση, όπως και τη συνολική επίδραση που έχει στην υγεία της γυναίκας, τόσο τη σωματική όσο και τη ψυχική.
4. Καρκίνος μαστού και άλλοι καρκίνοι/ Χρόνιες παθήσεις. Αυτές οι γυναίκες έχουν ανάγκη να δεχτούν και να επανασυνδεθούν με το σώμα τους, να αποκτήσουν εκ νέου εμπιστοσύνη στον εαυτό τους, να μάθουν να εκφράζονται και ταυτόχρονα να χειρίζονται τα συναισθήματα απομόνωσης, κατάθλιψης, θυμού και φόβου. Όλα τα παραπάνω κάνουν την άσκηση και τη φυσική δραστηριότητα εξαιρετικής σημασίας για τη διατήρηση μιας καλής ποιότητας ζωής.
5. Αναπηρίες. Οι γυναίκες με αναπηρία συχνά αποτελούν θύματα διπλής διάκρισης σε σχέση με τα σπορ και την οργανωμένη φυσική δραστηριότητα: τόσο λόγω της αναπηρίας τους όσο και για το γεγονός ότι είναι γυναίκες.
6. Γυναίκες με χαμηλό εισόδημα.
7. Μετανάστριες/πρόσφυγες και γυναίκες σε άλλες μη προνομιούχες ομάδες.

Πρακτικά και προσωπικά εμπόδια ανάμεσα στις γυναίκες και την άσκηση

Οι περισσότερες γυναίκες γνωρίζουν ότι τα σπορ και η άσκηση είναι κάτι καλό, αλλά για πολλούς λόγους δεν νοιώθουν έτοιμες να ασχοληθούν με αυτά. Συχνά υπάρχουν κίνητρα, αλλά συγκεκριμένα εμπόδια εμφανίζονται στο δρόμο. Έτσι, συχνά, η φυσική δραστηριότητα φαίνεται να μην τις αφορά, ξεφεύγει από αυτά που θεωρούν σημαντικά στη ζωή τους. Πολλές γυναίκες θεωρούν τα σπορ ανταγωνιστικά, δύσκολα, επιθετικά και ξένα ως προς τη θηλυκή φύση και δεν εμπνέονται από αυτά.

1. Ως βασικό εμπόδιο περιγράφεται η έλλειψη χρόνου, ενώ παράλληλα παίζει ρόλο και η έλλειψη πληροφόρησης.
2. Η απουσία προσωπικής αδειοδότησης. Αν και οι γυναίκες συνειδητοποιούν ότι θα έπρεπε να κάνουν περισσότερα για τον εαυτό τους και την υγεία τους, ενδόμυχες κοινωνικές και πολιτιστικές πειποιθήσεις τις κάνουν να νοιώθουν ότι δεν έχουν την άδεια να το κάνουν: το να αφιερώσουν χρόνο στον εαυτό τους φαίνεται εγωιστικό, μια όχι απαραίτητη πολυτέλεια. Για μια μεσήλικη γυναίκα ο εαυτός της είναι πολύ κάτω στη λίστα προτεραιοτήτων σε αντίθεση με τη φροντίδα της οικογένειάς της.

συνέχεια στη σελ. 58 ▶

Με πλήθος ομιλητών και συμμετεχόντων διεξήχθη το 18^ο Πανελλήνιο Συνέδριο του ΕΔΔΥΠΠΥ

Για 18^η συνεχόμενη χρονιά διεξήχθη το Πανελλήνιο Συνέδριο του Ελληνικού Διαδημοτικού Δικτύου Υγιών Πόλεων του Π.Ο.Υ. υπό την αιγίδα και την πλήρη ευθύνη της Περιφέρειας Αττικής, με τίτλο **«Η Αυτοδιοίκηση κοντά στον άνθρωπο για Ενιαία Υγεία & έναν καλύτερο πλανήτη»**. Έλαβε χώρα στην Αττική Ριβιέρα και συγκεκριμένα στο Riviera Coast στη Βούλα, από τις 6 έως τις 8 Οκτωβρίου 2022. Υπουργοί της Κυβέρνησης έδωσαν δυναμικό παρόν, και, συγκεκριμένα, με τη δια ζώσης παρουσία τους τίμησαν το Συνέδριο ο Υπουργός Υγείας κ. Θάνας Πλεύρης και η Υφυπουργός για θέματα Ψυχικής Υγείας κ. Ζωή Ράππη. Με διαδικτυακή παρουσία συμμετείχαν ο Υπουργός Ανάπτυξης & Επενδύσεων κ. Άδωνις Γεωργιάδης, η Υπουργός Παιδείας & Θρησκευμάτων κ. Νίκη Κεραμέως, ο Υπουργός Προστασίας του Πολίτη κ. Τάκης Θεοδωρικάκος και ο Υπουργός Εργασίας & Κοινωνικών Υποθέσεων κ. Κωστής Χατζηδάκης.

Το έναυσμα για να ξεκινήσουν οι εργασίες του Συνεδρίου έδωσε ο **Πρόεδρος του ΕΔΔΥΠΠΥ και Περιφερειάρχης Αττικής κ. Γιώργος Πατούλης** και τη σκυτάλη έλαβε ο **Δήμαρχος Βάρης-Βούλας-Βουλιαγμένης κ. Γρηγόρης Κωνσταντέλλος**. Την κεντρική ομιλία, κατά την έναρξη του Συνεδρίου, πραγματοποίησε ο **Καθηγητής Παθολογίας Λοιμώξεων κ. Σωτήρης Τσιόδρας**, ο οποίος συνεχάρη τον κ. Πατούλη και το ΕΔΔΥΠΠΥ για το έργο τους στον τομέα της ενημέρωσης των πολιτών σε θέματα πρόληψης και προσυμπτωματικού ελέγχου.

Κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου έγιναν 3 διαφορετικές βραβεύσεις, και με τον τρόπο αυτό τονίστηκε η προσπάθεια που γίνεται από όλες τις πλευρές για την προαγωγή της υγείας. Ειδικότερα, βραβεύθηκαν άνθρωποι για τη μεγάλη κοινωνική τους προσφορά και το έργο τους, που έχει φανεί σωτήριο για πλήθος ανθρώπων, δήμοι, οι οποίοι με τα ΚΕΠ Υγείας τους βρίσκονται δίπλα στους δημότες τους και προσφέρουν προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου και σχολεία τα οποία συμμετείχαν με δημιουργίες μαθητών στον Παιδικό Διαγωνισμό του Προγράμματος του ΕΔΔΥΠΠΥ «Μύθοι και Αλήθειες για τα Αντιβιοτικά και τα Εμβόλια».

Καθ' όλη τη διάρκεια του Συνεδρίου πλήθος ομιλητών από τον επιστημονικό χώρο, τον τομέα της υγείας και την Αυτοδιοίκηση παρουσίασαν αποτελέσματα ερευνών και στοιχεία από την εφαρμογή διάφορων προγραμμάτων σε δήμους και φορείς. Σημαντική ήταν η παρουσία του **Δρ. Ελευθερίου Μυλωνάκη**, ο οποίος μίλησε για την πορεία της νόσου covid-19 και για τα στοιχεία που παρουσιάζονται στην Ελλάδα έναντι άλλων ευρωπαϊκών χωρών.

Χαρακτηριστικά θέματα του Συνεδρίου ήταν οι βέλτιστες δράσεις για την προαγωγή της υγείας, καθώς και οι καλές πρακτικές των ΟΤΑ- μελών του ΕΔΔΥΠΠΥ, όπου εκπρόσωποί τους παρουσίασαν το έργο που έχει γίνει

στον εκάστοτε ΟΤΑ, ως προς τη συνεργασία τους με το Δίκτυο. Επιπλέον, κάποια από τα βασικά θέματα που συζητήθηκαν ήταν οι 6 πολιτικές των Υγιών Πόλεων για την 7^η φάση (2019-2025), όπως υπεγράφησαν, η παρουσίαση των προγραμμάτων πρόληψης και προσυμπτωματικού ελέγχου της Δημόσιας Υγείας που εφαρμόζει η Περιφέρεια Αττικής, οι εφαρμογές ηλεκτρονικής υγείας και τα προγράμματα του ΕΔΔΥΠΠΥ, η αξία του πρώιμου διαγνωστικού ελέγχου, περιβάλλον και υγεία, η δραστηριότητα του Δικτύου Υγιών Πόλεων του Π.Ο.Υ. στην Ελλάδα από το 2005 έως και το 2022, η υγεία και ανάπτυξη με τη συμμετοχή της αυτοδιοίκησης και ο τουρισμός υγείας και ευεξίας.

Στον εξωτερικό χώρο έλαβαν χώρα και παράλληλες δράσεις, όπως ανακύκλωση συσκευασιών από την εταιρεία **TEXAN**, ενημέρωση και εγγραφή εθελοντών δοτών αιμοποιοητικών κυττάρων από το **Σύλλογο «Όραμα Ελπίδας»**, Α' Βοήθειες και ΚΑΡΠΑ από τον **Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό**, επίδειξη του Συστήματος LLM Care από το **Εργαστήριο Ιατρικής Φυσικής και Ψηφιακής Καινοτομίας του ΑΠΘ**, ενημέρωση από την Alzheimer Αθηνών, μετρικές οοπτικής πυκνότητας από το **Σύλλογο «Πεταλούδα»**, ευαισθητοποίηση για την ανακύκλωση από την **Green City** και διενέργεια Rapid Test από το **ΚΕΡΙΧ**.

Το Συνέδριο ολοκληρώθηκε με την υπογραφή της Πολιτικής Διακήρυξης της Αττικής, στην οποία τα μέλη του Δικτύου συμφώνησαν ότι οι Τοπικές Αρχές πρέπει να έχουν δυνατή φωνή και να απαιτούν να ακούγονται στα κέντρα λήψης των αποφάσεων.

Συνολικά, συμμετείχαν **περισσότεροι από 165 ομιλητές** και παρακολούθησαν δια ζώσης τις εργασίες του Συνεδρίου **περισσότεροι από 800 σύνεδριοι**. Ολόκληρο το Συνέδριο βρίσκεται ανεβασμένο στο κανάλι **«ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΔΙΑΔΗΜΟΤΙΚΟ ΔΙΚΤΥΟ ΥΓΙΩΝ ΠΟΛΕΩΝ ΕΔΔΥΠΠΥ»** στο YouTube. 📺



Αγαπητό περιοδικό,

Είμαι 50 ετών, άνδρας και πάσχω από υπέρταση. Λόγω δύσκολων ωραρίων στην εργασία με βολεύει καλύτερα να παίρνω το χάπι της πίεσης το βράδυ. Είναι καλύτερα ή πρέπει οπωσδήποτε να το παίρνω πρωί;

Αγαπητέ αναγνώστη,

Το ερώτημά σου βασανίζει την επιστημονική κοινότητα εδώ και καιρό. Μήπως είναι καλύτερα να παίρνουμε την αντι-υπερτασική μας αγωγή το βράδυ; Η απάντηση είναι απλή και δόθηκε από πρόσφατη μεγάλη μελέτη (μελέτη TIME): δεν έχει σημασία πότε παίρνουμε το χάπι της πίεσης, το πρωί ή το βράδυ, αρκεί να μην το ξεχνάμε!

Το σημαντικότερο είναι η συμμόρφωση στη θεραπεία με την καθημερινή λήψη της αντι-υπερτασικής αγωγής, χωρίς παράλειψη δόσεων, σε μια ώρα της ημέρας που μας βολεύει. Κάποιοι μάλιστα λένε, ότι αν παίρνουμε τα χάπια μας πρωί, είναι λιγότερο πιθανόν να τα ξεχάσουμε. Επιπλέον, δεν πρέπει να ξεχνάμε τις υγιεινο-διαιτητικές οδηγίες που μας δίνει ο καρδιολόγος, σχετικά με την αποφυγή του αλατιού, τη διατήρηση σωστού σωματικού βάρους, την υγιεινή διατροφή και την άσκηση.

Μελέτη TIME: παρουσιάστηκε πρόσφατα στο Πανευρωπαϊκό Συνέδριο Καρδιολογίας 2022, στη Βαρκελώνη. Διερευνήθηκε αν η λήψη του χαπιού της πίεσης το βράδυ

είναι ασφαλέστερο για τους ασθενείς με υπέρταση, δηλαδή αν αποφεύγονται πιο αποτελεσματικά το έμφραγμα, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ή ο θάνατος αγγειακής αιτιολογίας (καρδιαγγειακά συμβάματα). Το ερώτημα προέκυψε από προηγούμενες παρατηρήσεις, ότι ασθενείς που δεν πέφτει η πίεσή τους κατά τη διάρκεια του ύπνου (ενώ κανονικά πρέπει να μειώνεται) εμφανίζουν περισσότερα τέτοια συμβάντα μακροπρόθεσμα.

Συμπεριλήφθηκαν συνολικά περισσότεροι από 20.000 ασθενείς με υπέρταση, από τους οποίους οι μισοί έπαιρναν το χάπι πρωί και οι άλλοι μισοί το βράδυ. Παρακολούθηθηκαν για περισσότερο από πέντε χρόνια και δεν φάνηκε κάποια διαφορά στα καρδιαγγειακά συμβάματα. Μάλιστα οι δύο προσεγγίσεις ήταν πανομοιότυπες όσον αφορά στην αποτελεσματικότητα στην πρόληψη τέτοιων συμβάντων. Η λήψη του χαπιού της πίεσης το πρωί συσχετίστηκε με ελάχιστα υψηλότερες τιμές αρτηριακής πίεσης το πρωί, ενώ αντίθετα η βραδινή λήψη με ελάχιστα υψηλότερες βραδινές τιμές αρτηριακής πίεσης.

Τι σημαίνουν όλα τα παραπάνω δεδομένα όμως για σένα:

1. Η ώρα λήψης του φαρμάκου της πίεσης δεν παίζει σημαντικό ρόλο.
2. Θα πρέπει σε συνεργασία με το θεράποντα καρδιολόγο να διαλέξεις μια ώρα της ημέρας που σε βολεύει, ώστε να μην ξεχνάς το χάπι και να επιτευχθεί η μέγιστη συμμόρφωση στη θεραπεία.
3. Πολύ σημαντικό είναι, όποιο δοσολογικό σχήμα και να διαλέξεις, αυτό να μεταφράζεται σε καλή ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης με επίτευξη των στόχων. Πολλές φορές ένα πρωινό χάπι πρέπει να συνδυάζεται με ένα βραδινό, ώστε να επιτυγχάνεται επαρκής αντι-υπερτασική δράση όλο το 24ώρο.
4. Πλέον, τα περισσότερα αντι-υπερτασικά φάρμακα έχουν σχεδόν 24ωρη δράση και διατίθενται σε σταθερούς συνδυασμούς, ώστε να επιτυγχάνονται τα βέλτιστα αποτελέσματα στη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης.
5. Και να μη ξεχνάς: δεν αρκεί μόνο το χάπι. Πρέπει να συνοδεύεται και από σωστή διατροφή και άσκηση!

Ελπίζουμε να βοηθήσαμε! 🍀



**ΚΟΙΝΩΦΕΛΕΣ
ΙΔΡΥΜΑ**

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

ΕΠΙΤΙΜΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ:

Γ. Κασιμάτης

Π. Τσάκος

ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ: Δ. Ρίχτερ

ΤΑΜΙΑΣ: Α. Γιατράκου

ΓΡΑΜΜΑΤΕΥΣ: Κ. Καλαϊτζή

ΜΕΛΗ:

Χ. Βλαχόπουλος, Α. Δήμα, Χ. Κούτρας,

Χρ. Στεφανίδης, Κ. Τούτουζας,

Δ. Τούσουλης, Κ. Τσιούφης

ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ:

Γ. Ανδρικόπουλος, Α. Βούτσας,

Δ. Γκολιδάκης, Γ. Γκουμάς,

Ν. Κατσιλάμπρος, Ε. Παπαστεριάδης

ΥΠΕΡ ΤΩΝ ΣΚΟΠΩΝ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ

ΚΑΤΕΘΕΣΑΝ ΕΙΣ ΜΝΗΜΗΝ

- **Μαρίας Τσάκου**, το “**Ίδρυμα Μαρία Τσάκος – Διεθνές Κέντρο Ναυτικής Έρευνας & Παράδοσης**”, το ποσό των 12.000€.
- **Αναστασίας Κασκαμπά**, η οικογένεια **Πέτρου Κασκαμπά**, το ποσό των 100€.
- **Ανδρέα Κασκαμπά**, η οικογένεια **Πέτρου Κασκαμπά**, το ποσό των 100€.
- **Παύλου Τούτουζα**:
 - Η κ. **Άλκηστis Δήμα**, το ποσό των 100€.
 - Η οικογένεια **Πέτρου Κασκαμπά**, το ποσό των 100€.

ΥΠΕΡ ΤΩΝ ΣΚΟΠΩΝ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ

ΚΑΤΕΘΕΣΑΝ

- Η κ. **Παρασκευή Σγουρούδη**, το ποσό των 55€.

συνέχεια από τη σελ. 55

Ειδικά για τις μητέρες, ο χρόνος που σπαταλιέται σε άσκηση μπορεί να τις κάνει να νοιώθουν ότι παραμελούν τα οικιακά και μητρικά τους καθήκοντα.

3. Ο φόβος δυσμενών κρίσεων. Η κριτική μπορεί να προέλθει από πολλές πλευρές: Από τους στενούς φίλους και την οικογένεια, με τις γυναίκες να φοβούνται ότι δεν ανταποκρίνονται στις προσδοκίες τους, από άλλες γυναίκες σε σχέση με τα αποδεκτά πρότυπα, αλλά και από άνδρες με αποδοκιμασία της ικανότητας των γυναικών να ασκούνται και να συμμετέχουν σε σπορ.
4. Η ανησυχία για την εμφάνισή τους. Οι γυναίκες μπορεί να μην είναι άνετες με την έκθεση του σώματός τους όταν ασκούνται, αλλά και με τη γενικότερη εμφάνισή τους (χωρίς make-up, ιδρωμένες και ατημέλητες).
5. Η απουσία κοινωνικής υποστήριξης. Οι γυναίκες συχνά είναι διστακτικές να ξεκινήσουν ένα σπορ και γενικότερα άσκηση χωρίς βοήθεια και υποστήριξη.
6. Το άγχος της απόδοσης. Κάποιες γυναίκες νοιώθουν ότι τα σπορ δεν τους ταιριάζουν, ενώ ακόμη και αυτές που παλιότερα γυμναζόντουσαν συχνά φοβούνται ότι θα αποτύχουν να ανταποκριθούν στις υπάρχουσες προσδοκίες.
7. Ο φόβος για τραυματισμούς και κινδύνους από προϋπάρχοντα προβλήματα υγείας. ●

συνέχεια από τη σελ. 64

Θεραπεία

Ο στόχος της θεραπείας των ασθενών με ΚΑ, με χαμηλό κλάσμα εξώθησης, είναι: να μειωθούν η θνησιμότητα και οι επαναλαμβανόμενες νοσηλείες. Επιπλέον, να βελτιωθεί το επίπεδο λειτουργικότητας και εν γένει το επίπεδο ζωής των ασθενών. Η θεραπεία είναι κατά βάση φαρμακευτική. Τα ιατρικά devices όπως οι εμφυτεύσιμοι απινιδωτές, οι βηματοδότες, και οι συσκευές υποβοήθησης αριστερής κοιλίας έχουν ρόλο στη θεραπεία των ασθενών. Τόσο ώστε να αποτρέψουν αιφνίδιους θανάτους όσο και για να βελτιώσουν το συγχρονισμό της καρδιάς. Η καρδιοαναπνευστική αποκατάσταση βοηθά τους ασθενείς αυτούς. Η θεραπεία των ασθενών με διατηρημένο κλάσμα εξώθησης έχει τους ίδιους στόχους, δεν φαίνεται όμως να προσφέρει ωφέλη ως προς τη θνητότητα. Τέλος, και στις δύο κατηγορίες ασθενών, θα πρέπει να διαγιγνώσκονται έγκαιρα και να αντιμετωπίζονται οι συννοσηρότητες (π.χ. κολπική μαρμαρυγή).

Προχωρημένη καρδιακή ανεπάρκεια

Ένας ασθενής, πάσχει από προχωρημένη καρδιακή ανεπάρκεια, όταν τα συμπτώματά του είναι αρκετά σοβαρά και επίμονα και επηρεάζουν την καθημερινή του ζωή, ενώ λαμβάνει τη μέγιστη προβλεπόμενη φαρμακευτική αγωγή που γίνεται ανεκτή από τον ίδιο. Εκτός από τα συμπτώματα που παρουσιάζονται στα προηγούμενα στάδια της νόσου, οι ασθενείς ενδέχεται να παρουσιάσουν απώλεια σωματικού βάρους (καχεξία) και σημεία υποάρδευσης. Πολύ μεγάλη σημασία για αυτή την κατηγορία ασθενών έχουν ο δεξιός καρδιακός καθετηριασμός και η καρδιοαναπνευστική κόπωση (υπολογισμός VO2 max), βάσει των οποίων ο ιατρός θα στηριχθεί για να προτείνει ως θεραπευτικές λύσεις τη χρόνια μηχανική υποστήριξη της κυκλοφορίας και τη μεταμόσχευση καρδιάς.

Συμπεράσματα

Η καρδιακή ανεπάρκεια αποτελεί ένα μείζον πρόβλημα για τα συστήματα υγείας, εξαιτίας του υψηλού ποσοστού επανεισαγωγών στα νοσοκομεία καθώς και της αυξημένης νοσηρότητας και θνητότητας. Ωστόσο, σύγχρονες θεραπείες είναι διαθέσιμες για όλους τους τύπους καρδιακής ανεπάρκειας, με συνέπεια την επιμήκυνση του προσδόκιμου καθώς και της ποιότητας ζωής και της λειτουργικής κατάστασης των ασθενών. Η βελτίωση της πρόγνωσης των ασθενών αυτών προϋποθέτει την πρώιμη διάγνωση, την αντιμετώπιση και παρακολούθηση σε εξειδικευμένα κέντρα, τη χρήση όλων των διαθέσιμων θεραπευτικών εργαλείων και την πρώιμη αναγνώριση σημείων επιδείνωσης της νόσου. Η πρόοδος στον τομέα της καρδιακής ανεπάρκειας εξαρτάται, αλλά και επηρεάζει θετικά, όλους τους τομείς της σύγχρονης καρδιολογίας, δηλαδή την επεμβατική καρδιολογία, την αρρυθμιολογία, την προληπτική καρδιολογία και την απεικόνιση. ●

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας

Νικόλαος Νομικός

Οικονομολόγος της υγείας, Υποψήφιος Διδάκτορας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής

Προβληματισμό προκαλεί η μειωμένη απήχηση που έχει η ιδιωτική ασφάλιση στην Ελλάδα σε σχέση με άλλα παρόμοια συστήματα υγείας. Συγκεκριμένα, η συμμετοχή της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στη συνολική δαπάνη υγείας είναι σύμφωνα με τα στοιχεία του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) μικρότερη από 5% ετησίως. Επιπλέον, μικρό είναι και το ποσοστό του πληθυσμού που έχει κάποιο σχήμα ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, με τα τελευταία δεδομένα του ΟΟΣΑ να αναφέρουν ότι το 16% έχει ιδιωτική ασφάλιση υγείας, ενώ σε άλλες χώρες με παρόμοια χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας το ποσοστό φθάνει ως και 46,2% (Ιρλανδία). Βέβαια, το ποσοστό στην Ελλάδα έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια, καθώς μέχρι και το 2018 κυμαινόταν γύρω στο 12%, αλλά δεν παρατηρείται αντίστοιχη αύξηση στη συμμετοχή της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στη συνολική δαπάνη υγείας, γεγονός που χρειάζεται διερεύνηση. Ενδεχομένως, τα νέα προγράμματα ασφάλισης να καλύπτουν μικρό μέρος των αναγκών για υπηρεσίες υγείας των ασφαλισμένων ατόμων, ή να εμφανίζεται το φαινόμενο *cream-skimming* (επιλογή της αφρόκρεμας), δηλαδή να ασφαρίζεται ο πληθυσμός που έχει πολύ μικρές πιθανότητες να κάνει χρήση υπηρεσιών υγείας.

Παρόλα αυτά, οι αδυναμίες του δημόσιου συστήματος υγείας, είναι γνωστές και σχεδόν αμετάβλητες διαχρονικά, όπως τα εμπόδια της άμεσης πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας ή την αναμονή, αποτέλεσμα του οποίου είναι εν μέρει και η αυξημένη συμμετοχή της ιδιωτικής δαπάνης (κυρίως των άμεσων πληρωμών) στις συνολικές δαπάνες για την υγεία.

Παρόλα αυτά, οι αδυναμίες του δημόσιου συστήματος υγείας, είναι γνωστές και σχεδόν αμετάβλητες διαχρονικά, όπως τα εμπόδια της άμεσης πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας ή της αναμονής, αποτέλεσμα του οποίου είναι εν μέρει και η αυξημένη συμμετοχή της ιδιωτικής δαπάνης (κυρίως των άμεσων πληρωμών) στις συνολικές δαπάνες για την υγεία.

Εντούτοις, όχι μόνο διεθνώς, αλλά και στην Ελλάδα, η βιβλιογραφία αναφέρει, πως τα χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας επηρεάζουν τη ζήτηση για ιδιωτική ασφάλιση

υγείας. Δηλαδή, η αποφυγή των δυσκολιών στην πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, η δυνατότητα πρόσβασης σε ενδεχομένως καλύτερες ποιοτικά υπηρεσίες, η έλλειψη δημόσιας ασφάλισης ή και η έλλειψη εμπιστοσύνης προς αυτή, καθώς και η ελεύθερη επιλογή γιατρού και νοσοκομείου, η οποία εφαρμόζεται στον ιδιωτικό τομέα, αποτελούν παράγοντες που ενδυναμώνουν τη ζήτηση για ιδιωτική ασφάλιση υγείας.

Δεδομένου, λοιπόν, των γνωστών προβλημάτων που επικρατούν στο ελληνικό σύστημα υγείας, προβληματισμό προκαλεί η μειωμένη απήχηση των ασφαλιστικών προγραμμάτων υγείας. Ως γνωστόν, οι καλύψεις των ασφαλιστικών συμβολαίων υγείας περιλαμβάνουν τις νοσοκομειακές παροχές, δηλαδή τη νοσοκομειακή περίθαλψη (αμοιβές ιατρών, έξοδα δωματίου, εργαστηριακές εξετάσεις) και το νοσοκομειακό επίδομα, και τις εξωνοσοκομειακές (δαπάνες για ιατρικές επισκέψεις, έξοδα για φάρμακα και έξοδα για εργαστηριακές εξετάσεις). Όλα τα παραπάνω μπορούν να ωφελήσουν τους ασφαλισμένους, καθώς, αρχικά μέσω των ασφαλιστήριων καλύπτονται μια σειρά από εξετάσεις προσυμπτωματικού ελέγχου. Με βάση τα αποτελέσματα των προηγούμενων, είναι εφικτές παρεμβάσεις ιατρικής/φαρμακευτικής φύσεως ή και τρόπου ζωής με σκοπό να ελεγχθεί, για παράδειγμα, ένας σοβαρός παράγοντας κινδύνου. Δεδομένου ότι η διαχείριση συνήθως μιας νόσου προκαλεί υψηλότερο κόστος από την πρόληψή της, ο προσυμπτωματικός έλεγχος είναι ένα βασικό μέρος των ασφαλιστήριων συμβολαίων. Έπειτα, στα άτομα που εμφανίζουν νόσο, ενώ έχουν ιδιωτική ασφάλιση, τα οφέλη που λαμβάνουν είναι η γρήγορη πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, η παράκαμψη λίστας αναμονής, η ελεύθερη επιλογή ιατρού και νοσοκομείου και, κυρίως, η προστασία από καταστροφικές δαπάνες. Οι καταστροφικές δαπάνες είναι οι ιδιωτικές πληρωμές για φροντίδα υγείας, οι οποίες αντιστοιχούν σε μεγάλο τμήμα του διαθέσιμου εισοδήματος και οι οποίες μπορεί να προκύψουν σε ένα έκτακτο και απρόβλεπτο γεγονός.

Επομένως, παρόλα τα οφέλη που δυνητικά προσφέρει η ιδιωτική ασφάλιση υγείας στον πληθυσμό, εντούτοις δεν υπάρχει το αντίστοιχο ενδιαφέρον από τον πληθυσμό. Και αυτό που θα πρέπει να δημιουργήσει προβληματισμό είναι το γιατί. Μήπως τα προγράμματα ιδιωτικής ασφάλισης υγείας δεν ανταποκρίνονται στις ανάγκες των πολιτών; μήπως το κόστος ενός προγράμματος ασφάλισης είναι ιδιαίτερα υψηλό για τα ελληνικά δεδομένα με αποτέλεσμα να απευθύνεται μόνο στα υψηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα; μήπως δεν έχει περαστεί το μήνυμα στον πληθυσμό για τα οφέλη που έχει η ιδιωτική ασφάλιση; ●



Κορμός

Υλικά

500γρ. μπισκότα τυπου digestive.
500γρ. κουβερτούρα.
500γρ. ώριμες μπανάνες.

Εκτέλεση

Ξεκινάμε τη συνταγή λιώνοντας την κουβερτούρα σε μπεν μαρι. Στη συνέχεια, αφού καθαρίσουμε τις μπανάνες, τις πολτοποιούμε στο multia. Αφού θρυμματίσουμε σε ένα μπωλ τα μπισκότα, αδειάζουμε τον πολτό από τις μπανάνες στο μπωλ με τη λιωμένη κουβερτούρα και κατόπιν τα θρυμματισμένα μπισκότα. Τα ανακατεύουμε όλα καλά. Το μείγμα το στρώνουμε σε μια φόρμα και το βάζουμε στο ψυγείο.

Θερμίδες 5730 | Πρωτεΐνες 88,35γρ. | Υδατάνθρακες 687,5γρ. | Λίπος 318,65γρ. | Χοληστερόλη 100χλγρ.

Λαχανόρουζο λεμονάτο

Υλικά Μεριδες 4

4 κ.σ. ελαιόλαδο.
1 μικρό σφιχτό λάχανο κομμένο σε μπουκιές.
1 τρυφερό πράσο κομμένο σε χοντρές φέτες.
1 κρεμμύδι ξερό ψιλοκομμένο.
1 καρότο τριμμένο σε χοντρό τρίφτη ή σε λεπτές φέτες.
2 κλων. σέλερι ψιλοκομμένα.
2 τρυφερά μικρά φρέσκα κρεμμυδάκια με τα φύλλα τους ψιλοκομμένα.
2 φλ. ζεστό νερό ή ζωμό.
1 φλ. ρύζι καστανό.
2 κ.σ. ψιλοκομμένο άνηθο.
2 κ.σ. ψιλοκομμένο μαϊντανό.
Αλάτι, πιπέρι.
1 λεμόνι (χυμό).
Λίγους στήμονες κρόκο Κοζάνης.

Για το λαχανόρουζο

Σε μία μέτρια κατσαρόλα ζεσταίνουμε το ελαιόλαδο. Προσθέτουμε το κρεμμύδι, το σέλερι, το καρότο και το πράσο.

Απλές και εύκολες συνταγές

Κωνσταντίνα Πάλλιου

Κλινικός Διατροφολόγος- Διαιτολόγος MSc

Σοτάρουμε σε δυνατή φωτιά για 2 με 3 λεπτά. Προσθέτουμε τη σελινόριζα και το λάχανο και σοτάρουμε για 3 λεπτά σε δυνατή φωτιά. Προσθέτουμε το ζεστό νερό. Προσθέτουμε αλάτι και πιπέρι και χαμηλώνουμε τη φωτιά και βράζουμε σε μέτρια φωτιά για 10 λεπτά. Προσθέτουμε το ρύζι, τα ψιλοκομμένα φρέσκα κρεμμυδάκια και σιγοβράζουμε για 15 λεπτά. Τέλος, ελέγχουμε το αλατοπίπερο, προσθέτουμε το χυμό λεμόνι και τα βότανα, άνηθο και μαϊντανό. Αν θέλουμε προς το τέλος του βρασμού, μπορούμε να προσθέσουμε λίγο βούτυρο ή ελαιόλαδο για να χυλώσει ωραία. Αφήνουμε το λεμονάτο λαχανόρουζο να σταθεί στην κατσαρόλα για 10 λεπτά, σκεπασμένο με καθαρή πετσέτα, να τραβήξει το ρύζι τα υγρά του φαγητού.

Θερμίδες 1650 | Πρωτεΐνες 249γρ. | Υδατάνθρακες 272γρ. | Λίπος 57γρ. | Χοληστερόλη 0χλγρ.



Κοτόπουλο με μπάμιες

Υλικά

1 μικρό κοτόπουλο γύρω στα 1.300 γραμ. (σε μερίδες).
1 kg μπάμιες καθαρισμένες.
1/2 φλ. ξύδι.
4 κουταλιές της σούπας ελαιόλαδο.
2 μέτρια ξερά κρεμμύδια ψιλοκομμένα.
2 σκελ. σκόρδο ψιλοκομμένες.
3 φλ. τριμμένες ντομάτες.
Αλάτι, πιπέρι.
1/2 ματσ. μαϊντανό.

Για το κοτόπουλο

Πρώτα καθαρίζουμε τις μπάμιες και αφού τις αφήσουμε στο ξύδι ετοιμάζουμε το κοτόπουλο για το κοτόπουλο με μπάμιες. Ζεσταίνουμε το μισό ελαιόλαδο και σοτάρουμε το κοτόπουλο από όλες τις πλευρές να ροδίσει. Προσθέτουμε το κρεμμύδι και σοτάρουμε για λίγα λεπτά να γίνει διάφανο. Προσθέτουμε το σκόρδο και σοτάρουμε για 1 λεπτό. Προσθέτουμε αλάτι και πιπέρι.

συνέχεια στη σελ. 62 ▶

Άκου την Καρδιά σου... και κοίτα το HRV

**ΑΣΚΗΣΗ
ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ
ΣΠΟΡ**

Γεώργιος Βαβέτσης Ph.D.

Κλινικός Εργοφυσιολόγος

Η παρακολούθηση της Καρδιακής Συχνότητας (HR) έχει καθιερωθεί ως ένα φθινό, αποδοτικό και μη επεμβατικό εργαλείο για τα όρια της επιβάρυνσης που λαμβάνουμε κατά την προπόνηση, καθώς μας υποδεικνύει την κατάσταση του αυτόνομου νευρικού συστήματος και της καρδιαγγειακής ικανότητας. Η μέτρηση και καταγραφή της Καρδιακής Συχνότητας (Κ.Σ.) μπορεί να μας δώσει αρκετά σημαντικές πληροφορίες για την κόπωση που προκαλείται κατά τη διάρκεια της προπόνησης. Τόσο η αερόβια προπόνηση όσο και η προπόνηση με αντιστάσεις επηρεάζουν σχεδόν όλα τα φυσιολογικά συστήματα του οργανισμού και έτσι όλα δείχνουν ότι κάθε αθλητής χρειάζεται ένα βασικό επίπεδο καρδιαγγειακής αντοχής για να μπορέσει να βελτιώσει την Μέγιστη Πρόσληψη Οξυγόνου (VO_2max), η οποία σχετίζεται με την αύξηση της Μέγιστης Καρδιακής Παροχής και Αθλητικής επίδοσης. Η τεχνολογία παρέχει στους ασκούμενους ανατροφοδότηση σχετικά με τις απαντήσεις στην άσκηση και επιτρέπει την εύκολη συλλογή και επεξεργασία δεδομένων. Ωστόσο, οι μηχανισμοί των αποκρίσεων της Καρδιακής Συχνότητας (HR) δεν είναι ακόμη πλήρως κατανοητοί και η ερμηνεία των αλλαγών δεν είναι πάντα απλή.

Με τους σύγχρονους παλμογράφους και τα έξυπνα ρολόγια, μπορεί να προσδιοριστεί η σχέση της Καρδιακής Συχνότητας με την ταχύτητα και το κατώφλι της Καρδιακής Συχνότητας αποδίδοντας τις απαραίτητες επιβαρύνσεις και προσαρμογές της προπόνησης.

Η ύπαρξη αξιόπιστων και έγκυρων δεικτών, κρίνονται απαραίτητοι για την αξιολόγηση του προπονητικού έργου (φορτίο), μέσα από μια σειρά από επιστημονικά επικυρωμένα εργαλεία, όπως Νευρομυϊκές εκτιμήσεις (τενσιομοιογραφία), φυσικά δεδομένα (διανυθείσες αποστάσεις, αριθμός επιταχύνσεων), υποκειμενικά δεδομένα (Borg Scale - βαθμολογία αντιληπτής προσπάθειας) και ερωτηματολόγια στρες αποκατάστασης (π.χ. REST-Q). Με τη χρήση τηλεμετρικών παλμογράφων (καρδιοσυχνόμετρα) μπορούμε να διαπιστώνουμε μεταβολές της Καρδιακής Συχνότητας μέσα σε λίγα δευτερόλεπτα και να συλλέξουμε δεδομένα για ανάλυση της καρδιακής δραστηριότητας. Με τους σύγχρονους παλμογράφους και τα έξυπνα ρολόγια, μπορεί να προσδιοριστεί η σχέση της Καρδιακής Συχνότητας με την ταχύτητα και το κατώφλι της Καρδιακής Συχνότητας αποδίδοντας τις απαραίτητες επιβαρύνσεις και προσαρμογές της προπόνησης. Αυτός ο έμμεσος τρόπος προσδιορισμού και υπολογισμού, κατά την υπομέγιστη προσπάθεια της Μέγιστης πρόσληψης



οξυγόνου, δεν έχει την ακρίβεια ενός εργαστηριακού, αλλά έχει πλεονεκτήματα στο ότι είναι εύχρηστος, όχι τόσο δαπανηρός και χρονοβόρος και δεν απαιτείται ιδιαίτερη ερευνητική εμπειρία. Όμως, δύο εργαλεία, τα οποία κατέστησαν δυνατό τον χαρακτηρισμό της δραστηριότητας του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος, μέσω της παρακολούθησης της Καρδιακής Συχνότητας (HR), είναι η Καρδιακή Συχνότητα Εφεδρείας (HRR) και η Μεταβλητότητα της Καρδιακής Συχνότητας (HRV).

Η ΚΣΕ (HRR), είναι η διαφορά της Μέγιστης Καρδιακής Συχνότητας (MHR) και της Καρδιακής Συχνότητας σε Ηρεμία (RHR). ($HRR=MHR-RHR$) και χαρακτηρίζεται από την παρασυμπαθητική ενεργοποίηση που σχετίζεται με τη συμπαθητική απόσυρση.

Η Μεταβλητότητα της Καρδιακής Συχνότητας (HRV) είναι η μεταβολή του χρόνου μεταξύ των διαδοχικών καρδιακών παλμών. Είναι πολύ ευαίσθητος δείκτης στις αλλαγές του αυτόνομου νευρικού συστήματος, συνδέεται στενά με το στρες και χαρακτηρίζει τις παρασυμπαθητικές και συμπαθητικές επιδράσεις του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος. Ο χρόνος μεταξύ των διαδοχικών διαστημάτων κυμαίνεται συνεχώς ως αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης του πνευμονικού αερισμού, της αρτηριακής πίεσης και της καρδιακής παροχής για τη διατήρηση της ομοιόστασης της αρτηριακής πίεσης εντός συγκεκριμένων ορίων.

Η καλύτερη πρακτική για τους ασκούμενους είναι η καταγραφή του HRV κατά τη διάρκεια του ύπνου ή κατά το πρωινό ξύπνημα και μπορεί να μετρηθεί σε ηρεμία είτε το βράδυ είτε το πρωί, κατά τη διάρκεια της άσκησης, ή και μετά την άσκηση. Οι

πρωινές καταγραφές δίνουν χρόνο για τη μέτρηση της ανάλυσης πριν από την προπόνηση και μπορούν να ληφθούν αποφάσεις, ώστε η προπόνηση να τροποποιηθεί ανάλογα (Έντονη-Ήπια). Αυτό απαιτεί την εκπαίδευση του ασκούμενου, και την αξιοπιστία του προϊόντος (wearable, τηλεμετρικό) για την ακεραιότητα των δεδομένων που συλλέγονται.

Οποιοσδήποτε μεταβολές στην Καρδιακή Συχνότητα μπορούμε να τις συσχετίσουμε γραμμικά με τη Μέγιστη Πρόσληψη Οξυγόνου και εκδηλώνονται τόσο σε γυμνασμένα, όσο και σε αγύμναστα άτομα. Για εντάσεις πάνω από τη μέγιστη αερόβια ισχύ δεν είναι σωστό να χρησιμοποιούμε την Καρδιακή Συχνότητα κατά τη διάρκεια της άσκησης αλλά άλλους δείκτες (όπως ποσοστό της μέγιστης ταχύτητας ή της μέγιστης παραγωγής γαλακτικού οξέος). Στη διαλειμματική άσκηση μπορούμε όμως να χρησιμοποιήσουμε το ρυθμό αποκατάστασης της Καρδιακής Συχνότητας μετά το τέλος κάθε δραστηριότητας, ακόμα και αν αυτή είναι πολύ έντονη. Ο ρυθμός που μειώνεται η Καρδιακή Συχνότητα μετά την άσκηση είναι ένας δείκτης της ικανότητας αποκατάστασης των ενεργειακών αποθεμάτων και της κόπωσης του οργανισμού.

Ως σύστημα που υποστηρίζει την κίνηση, το καρδιο-αναπνευστικό, μεταφέρει οξυγόνο και άλλες απαραίτητες θρεπτικές ουσίες στους ιστούς(μύες). Ο τρόπος που θα επιβαρυνθεί κατά την κίνηση και την άσκηση καθορίζεται από τα χαρακτηριστικά της άσκησης(κίνησης). Μιλάμε, λοιπόν, για τύπο κίνησης που οδηγεί τους μύες στα αερόβια μονοπάτια του μεταβολισμού.

Την Καρδιά δεν την γυμνάζει μόνο η αερόβια άσκηση.

Την Καρδιά δεν την γυμνάζει μόνο η αερόβια άσκηση. Σε οποιοδήποτε μοτίβο κίνησης, η αρχική φάση αφορά στην παραγωγή ενέργειας χωρίς οξυγόνο. Ως υποστηρικτικό σύστημα, το καρδιο-αναπνευστικό καλείται να στέλνει οξυγόνο στους ιστούς επαρκώς. Η υγεία της καρδιάς εξαρτάται από την ποιότητα του αίματος αλλά και από τη δραστηριότητά της, όμως η ποιότητα του αίματος και δη ευεργετικά ή βλαβερά συστατικά του, ρυθμίζονται από τη δράση του νευρικού αλλά και ενδοκρινικού (αδένες) συστήματος.

Στον εξετασμένο, ολοκληρωτικό σχεδιασμό των προγραμμάτων άσκησης, τα συστήματα που συμμετέχουν στην κίνηση ιεραρχούνται, και μάλιστα αναφέρονται από την εγρήγορση του Νευρικού Συστήματος σε αρχική δράση, και ακολούθως με το Μυο-Σκελετικό, για να ολοκληρωθεί με το Ενδοκρινικό Σύστημα. Η χειραγώγηση του Ενδοκρινικού Συστήματος και των ορμονών αποτελεί βασικό εργαλείο όχι μόνο της άσκησης, για βελτίωση της απόδοσης, αλλά και της άσκησης ως μέσο θεραπευτικής προσέγγισης. Η προπόνηση αντιστάσεων, η αναερόβια άσκηση και ο καταβολισμός λιπών κατά την ηρεμία για τις αναβολικές διαδικασίες, την προσαρμογή και την ανάπτυξη των ιστών είναι εξίσου σημαντικοί παράγοντες για την υγεία της καρδιάς, και αυτό απαιτεί ολιστική προσέγγιση του ασκούμενου σε ένα Ολοκληρωτικό Προπονητικό Σχεδιασμό. 🍎

συνέχεια από τη σελ. 60 ▶

Για τις μπάμιες

Στεγνώνουμε τις μπάμιες από το ξύδι και τις ξεπλένουμε. Ζεσταίνουμε το υπόλοιπο ελαιόλαδο σε τηγάνι και ροδίζουμε τις μπάμιες για 3-4'. Τις βάζουμε σε ταψί, πασπαλίζουμε με το μαϊντανό. Προσθέτουμε το κοτόπουλο, την τριμμένη ντομάτα κι αλατοπίπερο. Περιχύνουμε με λίγο ελαιόλαδο.

Για το ψήσιμο

Σκεπάζουμε το ταψί με λαδόκολλα κι αλουμινοχαρτό και ψήνουμε σε καλά προθερμασμένο φούρνο στους 200°C στον αέρα για 35'.

Ξεσκεπάζουμε και ψήνουμε για περίπου 15' επιπλέον μέχρι να μείνει με λίγη μελωμένη σάλτσα το κοτόπουλο και να ροδίσει ελαφρά στην επιφάνεια. Το φαγητό δεν πρέπει να έχει πολλά υγρά. Η λίγη σάλτσα του πρέπει να είναι μελωμένη και πυκνή. Αφήστε τις ζουμερές μπάμιες με το κοτόπουλο να σταθούν για 15' αφού τις βγάλετε από το φούρνο κι απολαύστε τις.

Οι κοκκινιστές μπάμιες με κοτόπουλο μπορούν να γίνουν και στην κατσαρόλα.

Θερμίδες 3121 | Πρωτεΐνες 255γρ. | Υδατάνθρακες 121γρ. | Λίπος 163γρ. | Χοληστερόλη 1118χλγρ. 🍎

συνέχεια από τη σελ. 63 ▶

σωματικό βάρος και τον καρδιαγγειακό κίνδυνο, καθώς και την πιθανότητα εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη. Αποφεύγουμε την κατανάλωση ποτών με ζάχαρη (π.χ. αναψυκτικά) και ιδανικά αποφεύγουμε και αυτά που περιέχουν γλυκαντικά. Συνηθίζουμε από νωρίς να μην προσθέτουμε αλάτι στο φαγητό και επιλέγουμε τρόφιμα με όσο το δυνατόν χαμηλότερη ποσότητα αλατιού. Η προσθήκη αλατιού συνδέεται με αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης υπέρτασης.

6. Εάν δεν πίνουμε ήδη αλκοόλ, δεν χρειάζεται να το αρχίσουμε καθόλου. Αν πίνουμε, περιορίζουμε τις ποσότητες, διότι αυξάνει τον κίνδυνο κολπικής μαρμαρυγής και εγκεφαλικής αιμορραγίας.
7. Ο τρόπος μαγειρέματος των τροφών είναι σημαντικός. Αποφεύγουμε τα τηγανητά σε συχνή βάση.
8. Τέλος, είναι σημαντικό να τροποποιούμε τη σχέση πρόσληψης ενέργειας (με την τροφή) και κατανάλωσης ενέργειας (με τη φυσική δραστηριότητα), για να διατηρούμε ένα σταθερό και χωρίς σκαμπανεβάσματα υγιεινό βάρος. Τις τελευταίες δεκαετίες, η αλλαγή του τρόπου ζωής (αύξηση της πρόσληψης θερμίδων σε συνδυασμό με την καθιστική ζωή) έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του σωματικού βάρους. Μία σωστή διατροφική πρόσληψη, σε συνδυασμό με τουλάχιστον 150 λεπτά μέτριας έντασης σωματική δραστηριότητα την εβδομάδα, μπορεί να είναι εξαιρετικά αποδοτική στην αποκατάσταση της ενεργειακής ισορροπίας. Άλλωστε, κατά την ενήλικη ζωή επιβάλλεται η μείωση της πρόσληψης θερμίδων (κατά 70-100 ημερησίες θερμίδες ανά δεκαετία της ζωής μας) για να διατηρούμαστε στο ίδιο βάρος.

Θυμηθείτε, ότι η υγιής γήρανση και η αποφυγή ασθένειας, είναι κατά ένα μεγάλο μέρος επιλογή μας! 🍎

7 απλές συμβουλές για σωστή καθημερινή τροφή και 1 ακόμα, ώστε να μεγαλώνουμε με την καλύτερη δυνατή υγεία της καρδιάς και των αγγείων μας

Ιωάννα Αρσενοπούλου

Ιατρός γενικής Ιατρικής.

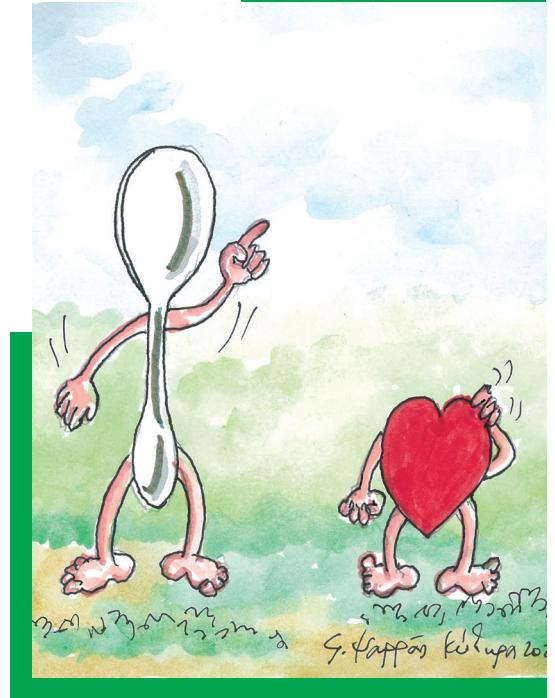
Εξειδίκευση σε Διατροφική Ιατρική

(Master of Science, University of Surrey)

Η αθηρωμάτωση, παθολογική κατάσταση του καρδιαγγειακού συστήματος, ξεκινάει από την παιδική ηλικία: Είναι λοιπόν σημαντικό να εντάξουμε στο οικογενειακό φαγητό υγιεινές συνήθειες, οι οποίες θα ακολουθήσουν τα παιδιά μας για όλη τους τη ζωή. Ένας σημαντικός μύθος που είναι απαραίτητο να ξεκαθαρισθεί, είναι η αντίληψη που έχουμε, ότι αν τρώμε υγιεινά, αλλά δεν παρατηρήσουμε μείωση των τιμών χοληστερίνης στις επόμενες εξετάσεις μας, αποτύχαμε στις επιλογές μας. Αυτό δεν ισχύει. Η υγιεινή διατροφή δεν συνδέεται υποχρεωτικά με τη μείωση της χοληστερίνης και αυτό μας το έδειξαν μεγάλες κλινικές μελέτες (LYON HEART STUDY κ η PREDIMED), όπου η σωστή διατροφή μείωσε τα εμφράγματα, χωρίς να επηρεάσει τα επίπεδα χοληστερίνης. Το όφελος λοιπόν από τη σωστή επιλογή καθημερινών τροφών, είναι ένας ανεξάρτητος παράγοντας.

Αναλυτικότερα, όπως επισημάνθηκε πέρυσι και από τις οδηγίες που εξέδωσε η Αμερικανική Καρδιολογική Εταιρία, ακολουθώντας τις παρακάτω 7+1 συμβουλές, συμβάλλουμε στην καλύτερη υγεία για την καρδιά και τα αγγεία μας.

1. Αρκετά φρούτα και λαχανικά στην καθημερινή διατροφή μας, σε μεγάλη ποικιλία. Πολλαπλές μελέτες παρατήρησης, αλλά και παρεμβατικές, έχουν δείξει το σημαντικό όφελος των φρούτων και των λαχανικών, με την εξαίρεση της πατάτας. Συστήνεται να προτιμώνται ολόκληρα τα φρούτα και όχι σε μορφή χυμού, διότι στην περίπτωση αυτή έχουμε απώλεια των φυτικών ινών. Τόσο τα φρέσκα όσο και τα κατεψυγμένα φρούτα και λαχανικά έχουν παρόμοια οφέλη.
2. Μη επεξεργασμένοι υδατάνθρακες και δημητριακά ολικής αλέσεως, διότι το σιτάρι ολικής αλέσεως περιέχει σκέραιο το αμυλώδες ενδόσπερμα, το φύτρο και το πίτουρο και αποτελεί μία πλούσια πηγή ινών. Η αντικατάσταση στη διατροφή μας του λευκού-επεξεργασμένου σιταριού με το ολικής αλέσεως, έχει φανεί σε σχετικές μελέτες να μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου, και είναι σίγουρα μία ευεργετική επιλογή.



3. Πρωτεΐνες στην καθημερινή διατροφή και από τα φυτά, και όχι μόνο από τις ζωϊκής προέλευσης. Φυτά με υψηλή περιεκτικότητα σε πρωτεΐνη είναι η σόγια (π.χ. ενταμάμε, τόφου), τα φασόλια, οι φακές, τα ρεβίθια και η φάβα. Δηλαδή όσπρια, τα οποία όχι μόνο είναι πλούσια σε πρωτεΐνες, αλλά αποτελούν και πολύ καλή πηγή φυτικών ινών. Φαίνεται ότι η υψηλή κατανάλωση όσπριων μειώνει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο, συγκριτικά με τη μέτρια κατανάλωση. Το ίδιο και οι ξηροί καρποί, οι οποίοι επίσης μειώνουν τον καρδιαγγειακό κίνδυνο. Να σημειωθεί, όμως, εδώ, ότι η κατανάλωση τεχνητών κρεάτων φυτικής προέλευσης δεν συστήνεται, διότι η χημική επεξεργασία που έχουν υποστεί και τα πρόσθετα συντηρητικά, μειώνουν τη διατροφική τους αξία. Επίσης, δύο με τρεις μερίδες ψάρι ή θαλασσινά εβδομαδιαίως μειώνουν τον καρδιαγγειακό κίνδυνο, ιδανικά όταν αυτά αντικαθιστούν το κόκκινο κρέας. (Η συχνή κατανάλωση κρέατος αυξάνει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο, κυρίως τα επεξεργασμένα κρέατα, π.χ. αλλαντικά, λουκάνικα κλπ). Συνιστάται περισσότερο το άσπρο κρέας και χωρίς λίπος γενικότερα. Στα γαλακτοκομικά, συνιστώνται περισσότερο αυτά με χαμηλά λιπαρά.
4. Επιλέγουμε εξαιρετικό παρθένο ελαιόλαδο (και αποφεύγουμε άλλα σπορέλαια ή βούτυρο) για το μαγείρεμα και για τις σαλάτες μας.
5. Αποφεύγουμε επίσης όλα τα επεξεργασμένα τρόφιμα. Η κατανάλωση επεξεργασμένων τροφίμων αυξάνει το

συνέχεια στη σελ. 62 ▶

Σύγχρονα δεδομένα για την Καρδιακή Ανεπάρκεια

Αλέξανδρος Μπριασούλης

Επ. Καθηγητής Καρδιολογίας, Θεραπευτική Κλινική Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Ιατρείο Καρδιακής Ανεπάρκειας και Καρδιο-Ογκολογίας

Κωνσταντίνος Λωρίτης

Καρδιολόγος, Θεραπευτική Κλινική Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Ιατρείο Καρδιακής Ανεπάρκειας και Καρδιο-Ογκολογίας

Ορισμός

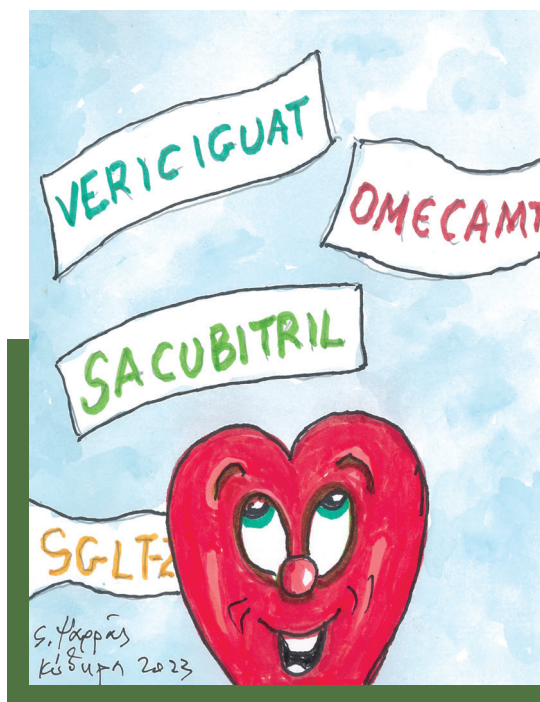
Η καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) αποτελεί ένα κοινό κλινικό σύνδρομο, με συμπτώματα τα οποία προκύπτουν από την ανεπάρκεια, μιας ή και των δύο κοιλιών της καρδιάς, να εξωθήσουν αίμα με την απαραίτητη πίεση λόγω δομικών ή λειτουργικών διαταραχών. Χαρακτηρίζεται από συμπτώματα, όπως η δύσπνοια και η εύκολη κόπωση και σημεία όπως η κατακράτηση υγρών στο σώμα. Η διάγνωσή της δεν μπορεί να γίνει με μια εξέταση, αλλά βασίζεται στη λεπτομερή λήψη ιστορικού από τον ιατρό, την κλινική εξέταση αλλά και σε πληθώρα απεικονιστικών και εργαστηριακών εξετάσεων.

Επιδημιολογία

Το σύνδρομο της καρδιακής ανεπάρκειας αποτελεί παγκόσμιο υγειονομικό πρόβλημα, καθώς ο συνολικός παγκόσμιος πληθυσμός των πασχόντων (επιπολασμός) με ΚΑ εκτιμάται 62 εκατομμύρια. Αυτός ο αριθμός όμως φαίνεται να υποεκτιμά την πραγματική παγκόσμια έκταση του προβλήματος, καθώς για τη διάγνωση της ΚΑ χρησιμοποιούνται πολλές διαγνωστικές κλίμακες, καθιστώντας ετερογενή και, επομένως, δύσκολη την εκτίμηση. Η καρδιακή ανεπάρκεια ως σύνδρομο αφορά κατά πλειοψηφία στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, συγκεκριμένα αυτούς με ηλικία μεγαλύτερη των 65 ετών. Η γήρανση του παγκόσμιου πληθυσμού και η εξέλιξη της θεραπείας των πασχόντων είναι οι αιτίες της αύξησης του επιπολασμού τις τελευταίες δεκαετίες. Τα νέα περιστατικά ΚΑ (επίπτωση) αυξάνονται, διότι η θεραπεία των παραγόντων, όπως είναι η υπέρταση, οι βαλβιδικές νόσοι της καρδιάς και η στεφανιαία νόσος, πλέον έχει εξασφαλίσει, ότι πολύ μεγαλύτερος αριθμός ασθενών δεν θα καταλήξει από αιφνίδιο καρδιακό θάνατο και επομένως θα επιβιώσει έως ότου θα εκδηλώσει ΚΑ.

Κατηγορίες καρδιακής ανεπάρκειας

Υπάρχουν δύο βασικοί παθοφυσιολογικοί μυοκαρδιακοί μηχανισμοί οι οποίοι προκαλούν μείωση της καρδιακής παροχής και τελικά καρδιακή ανεπάρκεια. Οι μηχανισμοί αυτοί οδηγούν σε συστολική ή σε διαστολική δυσλειτουργία της καρδιάς. Η πρώτη κατηγορία ονομάζεται συστολική ΚΑ ή με μειωμένο κλάσμα εξώθησης (ΚΕ) ($\leq 40\%$) της αριστερής κοιλίας, ενώ η δεύτερη διαστολική ΚΑ ή με διατηρημένο ΚΕ ($\geq 50\%$). Τέλος, οι ασθενείς με συμπτώματα ΚΑ και κλάσμα εξώθησης στο ενδιάμεσο φάσμα (41-49%) κατατάσσονται σε μια τρίτη κατηγορία με όνομα ΚΑ με ελαφρώς μειωμένο κλάσμα εξώθησης, όπου μοιράζονται χαρακτηριστικά και



από τις δύο πρώτες ομάδες. Επιπλέον, η ταξινόμηση των ασθενών μπορεί να γίνει ανάλογα με το βαθμό προσπάθειας που απαιτείται για να εμφανίσουν συμπτώματα ΚΑ (δύσπνοια, πόνο στο στήθος, κόπωση) κατά New York Heart Association (NYHA I-IV). Στο στάδιο I οι ασθενείς δεν εμφανίζουν συμπτώματα κατά τη συνήθη δραστηριότητα, ενώ στο στάδιο IV εμφανίζουν συμπτώματα ακόμα και κατά την ηρεμία.

Διάγνωση και πρόγνωση

Η διάγνωση της καρδιακής ανεπάρκειας θα ξεκινήσει με τη λήψη ιστορικού και η υποψία θα υπάρξει όταν ένας ασθενής αναφέρει ένα ή και περισσότερα συμπτώματα ΚΑ (δύσπνοια, εύκολη κόπωση). Τα συμπτώματα όμως αυτά δεν θα πρέπει να οφείλονται σε άλλες παθήσεις (π.χ. παθήσεις του αναπνευστικού). Στη συνέχεια θα πρέπει να πραγματοποιηθεί μία πλήρης υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη, ώστε να υπολογιστεί το κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας. Για τη διάγνωση δεν αρκεί να βρεθεί ότι το ΚΕ είναι χαμηλό (≤ 50). Χρειάζονται επίσης και ευρήματα, όπως είναι η ορθόπνοια ή η παροξυσμική νυκτερινή δύσπνοια. Ως προς τη νοσηρότητα, δηλαδή το δείκτη που αφορά στην ποιότητα ζωής των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια, οι δύο κατηγορίες δεν παρουσιάζουν διαφορά. Ως προς την θνητότητα, δεν έχει διευκρινιστεί αν μεταξύ των δύο κατηγοριών υπάρχει διαφορά.

συνέχεια στη σελ. 58 ▶