

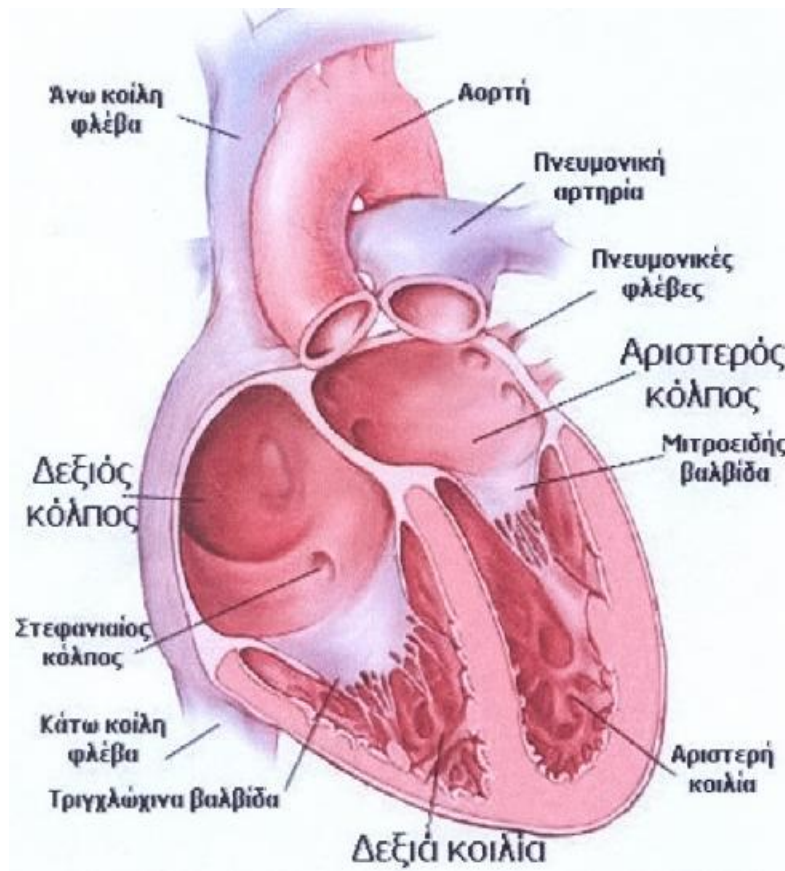
Τ.Ε.Ι. Πάτρας

Σχολή: Σ.Ε.Υ.Π.

Τμήμα: Νοσηλευτικής

Πτυχιακή Εργασία

Η συμβολή της μεσογειακής διατροφής στην πρόληψη των προδιαθεσικών παραγόντων της στεφανιαίας νόσου.



Η σπουδάστρια:
Γκέλου Μαρίνα

Η εποπτεύων καθηγήτρια:
Κα Φιδάνη Αικατερίνη

Πάτρα 2009

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ.
Περίληψη.....	4
Εισαγωγή.....	5

Α΄ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1 Στεφανιαία Νόσος.....	8
i. Ορισμός.....	8
ii. Προδιαθεσικοί παράγοντες.....	9
iii. Οικογενειακό ιστορικό.....	10
iv. Κάπνισμα.....	11
v. Σακχαρώδης διαβήτης.....	13
vi. Αρτηριακή υπέρταση.....	14
Κεφάλαιο 2 Διατροφή.....	17
i. Ορισμός.....	17
ii. Διατροφή ως παράγοντας τρόπου ζωής.....	17
iii. Θρεπτικές ουσίες.....	21
iv. Ιδανικό βάρος.....	22
Κεφάλαιο 3 Σχέση Χοληστερολαιμίας – Καρδιάς.....	28
i. Πηγές Χοληστερόλης.....	28
ii. Επίπεδο στο αίμα.....	29
iii. Τρόποι μείωσης Χοληστερόλης.....	30

iv. Σχέση καρδιάς υπερλιπιδαιμίας.....	33
v. Δυνητικοί παράγοντες που επηρεάζουν τα επίπεδα χοληστερόλης και τριγλυκεριδίων.....	34

Κεφάλαιο 4 Διατροφή ως παράγοντας κινδύνου.....36

i. Τροφές επικίνδυνες για την υγεία του ανθρώπου.....	36
ii. Μεσογειακή διατροφή ως παράγοντας πρόληψης της Στεφανιαίας νόσου.....	37

Β΄ ΜΕΡΟΣ

Νοσηλευτική Διεργασία.....45

i. Ορισμός.....	45
ii. Πρώτο περιστατικό.....	45
iii. Δεύτερο περιστατικό.....	50

Παράρτημα.....53

Βιβλιογραφία.....61

Π Ε Ρ Ι Λ Η Ψ Η

Η θεματολογία της παρούσας εργασίας είναι: η συμβολή της μεσογειακής διατροφής στην πρόληψη των προδιαθεσικών παραγόντων της στεφανιαίας νόσου.

Η στεφανιαία νόσος είναι η αρρώστια της καρδιάς λόγω ελαττώσεως της στεφανιαίας ροής του αίματος με τρόπο ώστε αυτή να είναι ανεπαρκής για τις ανάγκες του καρδιακού μυός.

Οι κυριότεροι προδιαθεσικοί παράγοντες που έχουν συνδυαστεί με την εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου είναι: η υπερχοληστερολαιμία, η υπέρταση, το κάπνισμα, η διατροφή, η ελλιπής άσκηση, η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης, το οικογενειακό ιστορικό.

Πολυετείς επιστημονικές έρευνες έχουν αποδείξει ότι η μεσογειακή διατροφή θεωρείται ως ο πλέον υγιεινός τρόπος διατροφής αφού προστατεύει από καρδιαγγειακές παθήσεις. Όπως διαπιστώνεται από την πυραμίδα, η μεσογειακή διατροφή είναι μία δίαιτα πλούσια σε φρούτα, λαχανικά, όσπρια, δημητριακά, ψάρι και γαλακτοκομικά προϊόντα με χαμηλά λιπαρά. Πρόκειται για ένα μοντέλο διατροφής πλούσιο σε βιταμίνες, αντιοξειδωτικά, φυτικές ίνες και ω3 λιπαρά οξέα που έχουν συσχετισθεί με βελτίωση της λειτουργικότητας του ενδοθηλίου των αγγείων. Η σύγχρονη διαιτολογία θεωρεί σήμερα την μεσογειακή δίαιτα ως τρόπο ζωής που χαρίζει μακροζωία και καλή υγεία.

Σκοπός της εργασίας είναι η πρόληψη των προδιαθεσικών παραγόντων που επηρεάζουν τη λειτουργία της καρδιάς και η συμβολή της μεσογειακής διατροφής στην υγεία της καρδιάς.

Συνεπώς η καλύτερη θεραπεία της στεφανιαίας νόσου είναι η πρόληψή της. Αυτό όμως μπορεί να γίνει εφικτό μόνο αν κατανοηθεί ο ρόλος των προδιαθεσικών παραγόντων στην ελάττωση της συχνότητας εμφάνισης της νόσου.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ισχαιμική καρδιοπάθεια (ή στεφανιαία νόσος) αποτελεί σήμερα για τον Δυτικό κόσμο το πιο σοβαρό ιατρικό πρόβλημα. Υπολογίζεται ότι κάθε 3 λεπτά της ώρας πεθαίνει κάποιο άτομο από την πάθηση αυτή.

Τα καρδιαγγειακά επεισόδια σήμερα έχουν τέτοια έκταση που θεωρούνται σωστά σαν η μεγαλύτερη θανατηφόρος επιδημία που έχει γνωρίσει η ανθρωπότητα. Αυτός είναι και ο λόγος για τον οποίο σήμερα η ισχαιμική καρδιοπάθεια καλείται «πανούκλα του 20^{ου} αιώνα» και για την οποία, τουλάχιστον για το εγγύς μέλλον, δεν υπάρχουν ορατές λυσιτελείς παρεμβάσεις.

Οι θάνατοι από ισχαιμική καρδιοπάθεια παρουσιάζουν ακόμη μια ιδιαιτερότητα αφού τα άτομα τα οποία χάνονται προέρχονται από ηλικίες άκρως παραγωγικές καθιστώντας έτσι την ισχαιμική καρδιοπάθεια σαν την σημαντικότερη αιτία πρόωρου θανάτου. Υπολογίζεται ότι 1 στους 5 άνδρες θα έχει κάποιο καρδιακό επεισόδιο πριν από τα 65 χρόνια του και ότι οι μισοί από αυτούς θα πεθάνουν.

Τι γίνεται όμως με την ισχαιμική καρδιοπάθεια μπορούμε να προλάβουμε και αν ναι γίνεται η σωστή ενημέρωση; Το σίγουρο είναι ότι ναι μπορούμε να προλάβουμε την ισχαιμική καρδιοπάθεια σε ένα μεγάλο ποσοστό ανθρώπων, όμως η πρόληψη της νόσου αυτής απαιτεί συνεχή, έντονη και επίπονη προσπάθεια αφού η αιτιολογία της νόσου είναι πολυπαραγοντική. Στην ισχαιμική καρδιοπάθεια οι αιτιολογικοί παράγοντες είναι πολλοί, άλλοι γνωστοί και άλλοι άγνωστοι, που έκαστος συμβάλει με άλλοτε άλλο ποσοστό στην πρόκληση της νόσου σε κάθε άτομο.

Σήμερα όλοι συμφωνούν ότι η καλύτερη θεραπεία της στεφανιαίας νόσου είναι η πρόληψη της μέσω της κατανόησης του ρόλου και φυσικά του ελέγχου των προδιαθεσικών παραγόντων, εκείνων δηλαδή των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών που η παρουσία τους προμηνύει την εμφάνιση αλλά και την εξέλιξη της νόσου. Η διακοπή του καπνίσματος, η υγιεινή διατροφή με σκοπό

τη διατήρηση της χοληστερόλης σε φυσιολογικά επίπεδα, η σωματική άσκηση, καθώς και ο έλεγχος της αρτηριακής πίεσης έχουν ως αποτέλεσμα την ελάττωση της συχνότητας εμφάνισης της νόσου, φαινόμενο που παρατηρήθηκε σε μερικές χώρες, όπου τα προγράμματα πρόληψης έτυχαν γενικής αποδοχής και εφαρμογής (π.χ. στις Η.Π.Α.).

Η παρούσα εργασία αποτελείται από τέσσερα κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά για τη στεφανιαία νόσο. Δίνεται ο ορισμός αυτής και οι προδιαθεσικοί παράγοντες που μπορεί να την προκαλέσουν. Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στη διατροφή. Δίνεται ο ορισμός της και γίνεται μια πλήρης αναφορά στις θρεπτικές ουσίες και στο ιδανικό βάρος. Επίσης εξετάζει τη διατροφή ως παράγοντα τρόπου ζωής.

Το τρίτο κεφάλαιο ασχολείται με τη σχέση καρδιάς – χοληστερολαιμίας. Αναφέρεται στις πηγές χοληστερόλης, στο επίπεδο αυτής στο αίμα, στους τρόπους μείωσής της και τέλος στους δυνητικούς παράγοντες που επηρεάζουν τα επίπεδά της. Στο τελευταίο κεφάλαιο της εργασίας, το κεφάλαιο τέσσερα, εξετάζει τη διατροφή ως παράγοντα κινδύνου. Ουσιαστικά στο κεφάλαιο τέσσερα γίνεται αναφορά στις επικίνδυνες για την υγεία του ανθρώπου τροφές καθώς και με στην μεσογειακή διατροφή ως παράγοντα πρόληψης της στεφανιαίας νόσου.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η πρόληψη των προδιαθεσικών παραγόντων που επηρεάζουν την λειτουργία της καρδιάς και η συμβολή της μεσογειακής διατροφής στην υγεία της καρδιάς.

Α΄ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Στεφανιαία Νόσος

i. Ορισμός

Είναι αρρώστια της καρδιάς λόγω ελαττώσεως της στεφανιαίας ροής του αίματος με τρόπο ώστε αυτή να είναι ανεπαρκής για τις ανάγκες του καρδιακού μυός.¹

Η λειτουργία της καρδιάς είναι η προώθηση αίματος σε όλα τα όργανα και τους ιστούς του σώματος. Για να επιτελεί αυτό το έργο, ο καρδιακός μυς χρειάζεται πλούσια ροή αίματος (στεφανιαία αιμάτωση), που μπορεί να αυξάνεται κατάλληλα όταν οι απαιτήσεις της καρδιάς αυξάνονται με φυσική ή συγκινησιακή δραστηριότητα. Διαταραχές στη λειτουργία του καρδιακού μυός αναπτύσσονται όταν η παροχή στεφανιαίας ροής αίματος μειώνεται από στεφανιαία νόσο. Η στεφανιαία νόσος περιλαμβάνει ένα φάσμα μεταβολών λειτουργίας, στις οποίες η παθοφυσιολογία της λειτουργικής διαταραχής θεωρείται ως επιπλοκή της στεφανιαίας νόσου.

Η καρδιά χρειάζεται ενέργεια για να συστέλλεται και αυτή η ενέργεια εξασφαλίζεται από το μεταβολισμό των θρεπτικών ουσιών, που παρέχουν φωσφορικά ψηλής ενέργειας (ATP). Για τη διεργασία αυτή είναι απαραίτητο οξυγόνο. Επομένως, η λειτουργία της καρδιάς στηρίζεται ολοκληρωτικά στην ικανότητα της να προμηθεύει οξυγόνο στους μεταβολίτες, για να καλύπτουν τις μυοκαρδιακές απαιτήσεις.

Ένα αξιοσημείωτο χαρακτηριστικό της στεφανιαίας κυκλοφορίας είναι ότι, ακόμα και κατά τη συνηθισμένη δραστηριότητα, η καρδιά προσλαμβάνει το 75% του οξυγόνου του αρτηριακού αίματος, σε αντίθεση με άλλα όργανα, που παίρνουν περίπου το 25%. Αυτό δείχνει τη μειωμένη παρακαταθήκη οξυγόνου,

που είναι διαθέσιμη στην καρδιά όταν αυτή βρίσκεται σε συνθήκες stress (πυρετός, άσκηση). Κάτω από αυτές τις συνθήκες, ο μόνος τρόπος για να ικανοποιηθούν οι αυξημένες μυοκαρδιακές ανάγκες είναι η αύξηση της στεφανιαίας ροής αίματος. Αν η στεφανιαία ροή αίματος δεν μπορεί να ικανοποιήσει τη μυοκαρδιακή ανάγκη για οξυγόνο, προκαλείται ισχαιμία του μυοκαρδίου.²

ii. Προδιαθεσικοί παράγοντες

Με τον όρο «προδιαθεσικός παράγων» εννοούμε ένα χαρακτηριστικό που επιτρέπει τον καθορισμό των ατόμων που έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν ένα συγκεκριμένο νόσημα, σε σύγκριση με το μέσο όρο του γενικού πληθυσμού. Στην ενότητα που ακολουθεί θα γίνει αναφορά στους κυριότερους προδιαθεσικούς παράγοντες, που βάσει εκτεταμένων επιδημιολογικών ερευνών έχουν συνδυαστεί με την εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου.³

Οι κυριότεροι προδιαθεσικοί παράγοντες είναι:

- Αύξηση της χοληστερόλης, των τριγλυκεριδίων και της χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεϊνών στο αίμα.
- Κάπνισμα
- Υπέρταση
- Ηλικία: Η θνησιμότητα από ισχαιμική νόσο της καρδιάς αυξάνει με την ηλικία και περίπου διπλασιάζεται για κάθε 10 χρόνια ζωής που περνούν.
- Φύλο: Οι άνδρες ηλικίας 40-50 ετών έχουν περισσότερη πιθανότητα να πάθουν ισχαιμική νόσο της καρδιάς από ότι οι γυναίκες, αλλά η διαφορά αυτή ελαττώνεται με την αύξηση της ηλικίας.

- Προσωπικότητα: Ο τύπος Α της προσωπικότητας δηλαδή ο επιθετικός, συναγωνιστικός και αγχώδης τύπος, βρίσκεται σε μεγαλύτερο κίνδυνο να πάθει ισχαιμική νόσο της καρδιάς.
- Οικογενειακό ιστορικό: Υπάρχει μια οικογενειακή τάση για ανάπτυξη ισχαιμικής νόσου της καρδιάς σε απογόνους ατόμων που υποφέρουν από αυτή, αλλά και αυτό δεν είναι απόλυτο.
- Μη ανοχή στη γλυκόζη: Οι σοβαρά διαβητικοί βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν αθήρωμα από τους πάσχοντες από ήπιο διαβήτη.
- Η διαίτα: διαίτα με κεκορεσμένα λίπη αυξάνει την χοληστερίνη του αίματος, διαίτα με πολυακόρεστα λίπη ελαττώνει την χοληστερίνη του αίματος.
- Παχυσαρκία
- Φυσική δραστηριότητα
- Σκληρότητα του ύδατος (όσο σκληρότερο είναι το νερό τόσο μαλακότερες είναι οι αρτηρίες. Νερό πλούσιο σε μαγνήσιο).¹

iii. Οικογενειακό ιστορικό

Η ύπαρξη περιπτώσεων στεφανιαίας νόσου σε συγγενικά πρόσωπα πρώτου βαθμού (γονείς και αδέρφια), ειδικά με πρόωμη εμφάνιση (αιφνίδιος καρδιακός θάνατος ή έμφραγμα σε ηλικία μικρότερη των 55 ετών για άνδρες και 65 ετών για γυναίκες), αποτελεί ισχυρό και ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για εκδήλωση στεφανιαίας νόσου. Σε σχετικές επί του αντικειμένου μελέτες έχει βρεθεί ότι ο κίνδυνος προσβολής από έμφραγμα του μυοκαρδίου σε ένα άτομο με θετικό κληρονομικό ιστορικό είναι περίπου 2,2 φορές μεγαλύτερος. Επειδή τουλάχιστον σήμερα δεν είναι δυνατή κάποιας μορφής διορθωτική παρέμβαση στο γενετικό υλικό, συνιστάται στα άτομα με βεβαρημένο κληρονομικό

ιστορικό να ελέγχουν επιμελώς τους παράγοντες κινδύνου που ίσως συνυπάρχουν, όπως η υπερλιπιδαιμία, ο σακχαρώδης διαβήτης, η αρτηριακή υπέρταση και το κάπνισμα.

iv. Κάπνισμα

Υπάρχουν συντριπτικές αποδείξεις ότι το κάπνισμα αποτελεί ιδιαίτερα σημαντικό προδιαθεσικό παράγοντα για την εκδήλωση καρδιαγγειακών νοσημάτων και ότι η παραπάνω συσχέτιση είναι ευθέως ανάλογη του αριθμού των τσιγάρων που καπνίζονται ημερησίως. Υπολογίζεται ότι το 20% περίπου των καρδιαγγειακών θανάτων αποδίδεται στο κάπνισμα. Εκτός όμως από τις καρδιαγγειακές παθήσεις το κάπνισμα ενοχοποιείται και για πολλές άλλες νοσηρές καταστάσεις όπως η χρόνια πνευμονοπάθεια, τα εγκεφαλικά επεισόδια και ο καρκίνος διαφόρων οργάνων. Επισημαίνεται ότι οι κίνδυνοι που προκύπτουν από το κάπνισμα δεν περιορίζονται μόνο στους ενεργητικούς καπνιστές. Ακόμη και η παθητική εισπνοή του καπνού συνεπάγεται μεγαλύτερο κίνδυνο εκδήλωσης καρδιαγγειακών νοσημάτων σε σχέση με τα άτομα που δεν εκτίθενται στον καπνό. Η παραπάνω διαπίστωση αποκτά ιδιαίτερη σημασία για τα παιδιά γονιών που καπνίζουν. Επιπρόσθετα, το κάπνισμα τσιγάρων με χαμηλή περιεκτικότητα σε πίσσα και νικοτίνη έχει σαφώς πλέον αποδειχθεί ότι δεν προκαλεί ελάττωση των συνδεόμενων με το κάπνισμα κινδύνων. Το κάπνισμα πίπας ή πούρων φαίνεται να συνδυάζεται με συγκριτικά μικρότερο αλλά σαφή κίνδυνο εκδήλωσης καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Με ποιους όμως μηχανισμούς το κάπνισμα επηρεάζει της καρδιακή λειτουργία;

Έχει βρεθεί ότι η εισπνοή καπνού:

α) αυξάνει την αρτηριακή πίεση και την καρδιακή συχνότητα και επομένως τις ανάγκες της καρδιάς σε οξυγόνο,

β) το μονοξείδιο του άνθρακα που παράγεται από την καύση του τσιγάρου ανταγωνίζεται τη μεταφορά του οξυγόνου στους ιστούς, περιλαμβανομένου και του μυοκαρδίου,

γ) προκαλεί «υπερπηκτική» κατάσταση, με συνέπεια την αυξημένη πιθανότητα δημιουργίας θρόμβων που περιορίζουν ή αποφράσσουν τον αγγειακό αυλό,

δ) προκαλεί ανεπιθύμητες μεταβολές των λιπιδίων, όπως αύξηση της χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων και μείωση της HDL – χοληστερόλης και

ε) το κάπνισμα, όπως και η υπερλιπιδαιμία έχουν συσχετισθεί με αιφνίδιο θάνατο.

Από τα προαναφερθέντα συνάγεται ότι σε κάθε περίπτωση η διακοπή του καπνίσματος είναι επιβεβλημένη. Ωστόσο, αν και πολλές φορές υπάρχει ισχυρή θέληση από μέρους των καπνιστών να διακόψουν το κάπνισμα, αυτό δεν καθίσταται συχνά δυνατό, γιατί το ίδιο το κάπνισμα δημιουργεί εθισμό και εξάρτηση που ενίοτε σε «βαρείς» καπνιστές μπορεί να προκαλέσει μέχρι και στερητικά συμπτώματα. Επειδή όμως η διακοπή του καπνίσματος, ειδικά σε άτομα που έχουν εκδηλώσει στεφανιαία νόσο, είναι ζωτικής σημασίας, αποτελεί ευθύνη του καρδιολόγου να ενημερώσει τον ασθενή για τις καταστροφικές επιδράσεις του καπνίσματος στο καρδιαγγειακό σύστημα. Επίσης, ο ίδιος ο ασθενής χρησιμοποιώντας ορισμένα απλά τεχνάσματα μπορεί να φθάσει στον παραπάνω στόχο. Συγκεκριμένα, ο κάθε καπνιστής που αποβλέπει στη διακοπή του καπνίσματος πρέπει:

- να περιορίσει τις συνήθειες που έχουν συνδεθεί με το κάπνισμα, π.χ. τον πρωινό καφέ,
- να επιχειρήσει αλλαγή του ρυθμού και του τρόπου ζωής. Η γυμναστική, η ένταση της οποίας σε καρδιοπαθείς καθορίζεται απαραίτητα από τον θεράποντα καρδιολόγο, μπορεί να βοηθήσει σημαντικά,
- να αποφεύγει να μεταφέρει στις μετακινήσεις του τσιγάρα,

- να συζητά την προόδό του με προσφιλή του πρόσωπα,
- τέλος εάν τα παραπάνω μέτρα αποτύχουν, να συζητήσει με τον θεράποντα ιατρό την πιθανότητα θεραπείας υποκατάστασης με νικοτίνη, η οποία διατίθεται σε μορφή τσίγλας και σε μορφή αυτοκόλλητων διαδερμικής χορήγησης. Έχει αποδειχθεί ότι η υποκατάσταση περιορίζει τα συμπτώματα στέρησης και αυξάνει το ποσοστό επιτυχούς διακοπής του καπνίσματος.

Επιπρόσθετα, ο κάθε καπνιστής οφείλει να λαμβάνει υπόψη ότι σύμφωνα με υπολογισμούς κάθε τσιγάρο αφαιρεί 14 περίπου λεπτά ζωής και ότι μετά από 3 χρόνια απόλυτης αποχής από το κάπνισμα ο κίνδυνος εκδήλωσης στεφανιαίας νόσου εξομοιώνεται με εκείνον των μη καπνιστών.

v. Σακχαρώδης διαβήτης

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μια πάθηση που απαντάται με συχνότητα 5% περίπου στον γενικό πληθυσμό. Το χαρακτηριστικό της νόσου είναι το αυξημένο σάκχαρο στο αίμα που οφείλεται σε αδυναμία των κυττάρων των πασχόντων να το απορροφήσουν. Ο κίνδυνος θανάτου από στεφανιαία νόσο είναι δύο φορές μεγαλύτερος στους διαβητικούς άνδρες και περισσότερο από τρεις φορές μεγαλύτερος στις διαβητικές γυναίκες σε σχέση με τους συνομήλικους μη διαβητικούς.

Σε τι οφείλεται όμως ο αυξημένος κίνδυνος των διαβητικών ασθενών;

Η απάντηση είναι πως στα διαβητικά άτομα συχνά συνυπάρχουν:

- αρτηριακή υπέρταση,
- μειωμένη HDL-χοληστερόλη σε συνδυασμό με αυξημένα τριγλυκερίδια,
- παχυσαρκία και
- «υπερπηκτική» κατάσταση, που προδιαθέτει σε αγγειακές θρομβώσεις.

Παρόλο όμως που ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί αναμφισβήτητο παράγοντα κινδύνου σε ό,τι αφορά την εκδήλωση στεφανιαίας νόσου, δεν έχει αποδειχθεί από το σύνολο των μελετών ότι η αποκατάσταση των τιμών του σακχάρου αίματος στους διαβητικούς συνοδεύεται απαραίτητα και από μείωση του ποσοστού εμφάνισης στεφανιαίας νόσου. Αντίθετα, υπάρχει ομοφωνία στο γεγονός ότι η επιμελής ρύθμιση του διαβήτη προστατεύει από την εμφάνιση των άλλων επιπλοκών του διαβήτη, όπως η αμφιβληστροειδοπάθεια και η νεφροπάθεια. Είναι αξιοσημείωτο επίσης ότι στους διαβητικούς δεν πάσχουν μόνο οι μεγάλες στεφανιαίες αρτηρίες, αλλά και τα μικρότερα αγγεία, τα οποία δεν απεικονίζονται με τη στεφανιογραφία.

Όπως ήδη προαναφέρθηκε, ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα ο οποίος είναι ιδιαίτερα δυσμενής στις γυναίκες. Πράγματι, από τα αποτελέσματα μεγάλων μελετών προέκυψε ότι στις διαβητικές γυναίκες η στεφανιαία νόσος, όταν εκδηλωθεί, έχει ταχύτερη εξέλιξη από ό,τι στους διαβητικούς άνδρες. Επίσης, ότι το έμφραγμα συνοδεύεται από ανεξήγητα μεγαλύτερο ποσοστό επιπλοκών και θνησιμότητας στις διαβητικές γυναίκες.

Από την παραπάνω αναφορά καθίσταται σαφές ότι στα διαβητικά άτομα συχνά συνυπάρχουν περισσότεροι του ενός προδιαθεσικοί παράγοντες για εμφάνιση στεφανιαίας νόσου, που θα πρέπει να αντιμετωπίζονται συνολικά και αποτελεσματικά.

vi. Αρτηριακή υπέρταση

Ο όρος «πίεση αίματος» αναφέρεται στην πίεση που έχει το αίμα μέσα στις αρτηρίες που το μεταφέρουν από την καρδιά σε όλο το σώμα. Η αρτηριακή πίεση μετριέται σε δύο τιμές, την υψηλότερη, που ονομάζεται συστολική και τη χαμηλότερη, που ονομάζεται διαστολική. Η συστολική πίεση είναι η εσωτερική πίεση στα τοιχώματα των αρτηριών κατά τη διάρκεια της συστολής (σύσπασης)

της καρδιάς, ενώ η διαστολική πίεση είναι η εσωτερική πίεση στα τοιχώματα των αρτηριών μεταξύ δύο κτύπων, κατά τη χαλάρωση της καρδιάς. Η αρτηριακή πίεση ενός ατόμου δεν είναι σταθερή, αλλά μεταβάλλεται συνεχώς από λεπτό σε λεπτό εξαρτώμενη από τη σωματική δραστηριότητα κυρίως, αλλά και από την περίοδο της ημέρας. Η συστολική αρτηριακή πίεση στους ενήλικες είναι καλό να βρίσκεται κάτω από 140 χιλιοστά στήλης υδραργύρου, ενώ η διαστολική κάτω από 90 χιλιοστά. Μιλάμε για αρτηριακή υπέρταση, όταν, είτε η συστολική αρτηριακή πίεση, είτε η διαστολική, είτε και οι δύο, εμφανίζονται σε επανειλημμένες μετρήσεις μεγαλύτερες των προαναφερθέντων ορίων. Επισημαίνεται ότι το αίτιο το οποίο προκάλεσε την αρτηριακή υπέρταση αναγνωρίζεται σε λιγότερο από 5% των ασθενών. Στο υπόλοιπο 95% δεν αναγνωρίζεται κάποια υποκείμενη αιτία, παρά τον εκτεταμένο έλεγχο και στις περιπτώσεις αυτές μιλάμε για ιδιοπαθή υπέρταση.

Η αρτηριακή υπέρταση αποτελεί μία πολύ συχνή πάθηση στις αναπτυγμένες χώρες, σε ορισμένες από τις οποίες απαντάται σε ποσοστό 20-30% του ενήλικου πληθυσμού. Σε μεγάλες μελέτες έχει βρεθεί ότι τα υπερτασικά άτομα έχουν από 3 έως και 6 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίας νόσου (στηθάγχη, έμφραγμα του μυοκαρδίου και αιφνίδιο θάνατο) σε σχέση με τους μη υπερτασικούς. Η αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης με χορήγηση αντιυπερτασικών φαρμάκων επιφέρει μείωση κατά 15% περίπου των καρδιακών επεισοδίων. Δυστυχώς όμως, η αρτηριακή υπέρταση ενοχοποιείται για βλάβες και σε άλλα όργανα, όπως οι νεφροί και τα μάτια, καθώς και για τρεις φορές μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης εγκεφαλικών επεισοδίων. Η ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης πρέπει να γίνεται πάντα υπό την αυστηρή επίβλεψη και καθοδήγηση του θεράποντος ιατρού, διότι η σημαντική μείωση της πίεσης μπορεί να έχει δυσμενή επίδραση στον οργανισμό.

Σε ό,τι αφορά την αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης δεν πρέπει να λησμονούνται τα απλά υγιεινοδιαιτητικά μέτρα, όπως η απώλεια σωματικού βάρους και η μειωμένη πρόσληψη μαγειρικού άλατος με τις τροφές, που

μπορούν, ειδικά σε ήπιες μορφές υπέρτασης, από μόνα τους να επιτύχουν ομαλοποίηση της αρτηριακής πίεσης. Σε βαρύτερες μορφές υπέρτασης ο θεράπων ιατρός μπορεί κατά περίπτωση να επιλέξει κάποιο από τα διάφορα φαρμακευτικά σκευάσματα που κυκλοφορούν.

Επισημαίνεται ότι στους υπερτασικούς, εφόσον επιτευχθεί ικανοποιητική ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης, δεν απαιτείται αποχή από την άθληση. Τέλος, θεωρούμε πολύ σημαντικό να αναφέρουμε ότι από το σύνολο των μεγάλων κλινικών μελετών έχει αποδειχθεί ότι οι υψηλές τιμές της αρτηριακής πίεσης συνδυάζονται αντιστρόφως ανάλογα με την αναμενόμενη διάρκεια ζωής.³

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Διατροφή

i. Ορισμός

Σαν ορισμός της διατροφής, περιφραστικά, μπορεί να αναφερθεί ότι είναι η επιστήμη που μελετά τις θρεπτικές ύλες σε σχέση με την επίδραση τους στον ανθρώπινο οργανισμό, δηλαδή μελετά:

- τις θρεπτικές ύλες,
- τις ποσοτικές ανάγκες του οργανισμού σε αυτές,
- τα αποτελέσματα της ανεπάρκειας ή υπερβολικής λήψης των θρεπτικών υλών,
- την πέψη και απορρόφηση των τελικών προϊόντων των θρεπτικών υλών και το ρόλο τους στον οργανισμό,
- τους τρόπους αποθήκευσης της τυχόν περίσσειας αυτών και
- γενικά τις μεταβολές και τα αποτελέσματα των μεταβολών των διαφόρων τροφίμων (και όχι μόνο) στον οργανισμό. ⁴

ii. Διατροφή ως παράγοντας τρόπου ζωής

Η μεσογειακή διατροφή προέρχεται από την εδώ και χρόνια παραδοσιακή διατροφή των κατοίκων των περιοχών της Μεσογείου όπως στην Κρήτη και σε νότια τμήματα της Ιταλίας εδώ και περίπου 50 χρόνια. Το ελαιόλαδο παίζει βασικό διατροφικό ρόλο στη μεσογειακή διατροφή καθώς η πρόσληψή του γίνεται σε μεγάλες ποσότητες και πολλές από τις ευεργετικές επιδράσεις οφείλονται σε αυτό. Η ημερήσια κατανάλωση λίπους όταν αυτή βασίζεται στο ελαιόλαδο μπορεί να φτάνει και στο 40-45%. Αυτό οφείλεται

στην υψηλή περιεκτικότητα μονοακόρεστων λιπαρών οξέων τα οποία είναι γνωστά για την ευεργετική επίδραση τους στην HDL χοληστερόλη. Ο συνδυασμός αυτού με την υψηλή κατανάλωση λαχανικών και φρούτων καθιστούν την μεσογειακή διατροφή διεθνώς αναγνωρισμένη ως την πιο κατάλληλη διατροφή καταπολέμησης της στεφανιαίας νόσου. Έρευνες έχουν δείξει ότι η μακροβιότητα των κατοίκων αυτών των περιοχών οφείλεται στην παραδοσιακή μεσογειακή διατροφή τους.

Οι διατροφικές οδηγίες της μεσογειακής διατροφής παρουσιάζονται με τη μορφή της παραδοσιακής διατροφικής πυραμίδας, της οποίας η βάση έχει τα τρόφιμα τα οποία καταναλώνονται σε μεγάλες ποσότητες και όσο ανεβαίνουμε στον κορμό της τόσο οι ποσότητες αυτές μειώνονται. Έτσι στην βάση της πυραμίδας έχουμε τα δημητριακά και τα προϊόντα τους, ακολουθούν τα λαχανικά με τα φρούτα, το ελαιόλαδο, τα γαλακτοκομικά, το ψάρι, τα πουλερικά, τα όσπρια, οι πατάτες, τα αυγά, τα γλυκά και στην κορυφή της πυραμίδας έχουμε το κόκκινο κρέας.⁵

Η παραδοσιακή μεσογειακή διατροφή, και ιδιαίτερα η ελληνική παραλλαγή της, μπορεί να θεωρηθεί ότι έχει τα ακόλουθα εννέα βασικά χαρακτηριστικά:

- Μεγάλη κατανάλωση ελαιόλαδου, μικρή κατανάλωση λιπιδίων ζωικής προέλευσης
- Μεγάλη κατανάλωση οσπρίων
- Μεγάλη κατανάλωση λαχανικών
- Μεγάλη κατανάλωση φρούτων
- Μεγάλη κατανάλωση δημητριακών (κυρίως ψωμί)
- Μικρή κατανάλωση κρέατος και κρεατοσκευασμάτων
- Μέτρια κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων
- Μέτρια κατανάλωση οινοπνεύματος (κυρίως κρασί)

- Μέτρια κατανάλωση ψαριών

Στην παραδοσιακή ελληνική διατροφή, γεύματα όπως οι σούπες και οι σαλάτες περιλαμβάνουν μεγάλες ποσότητες ελαιόλαδου, οσπρίων και λαχανικών και συνοδεύονται από μεγάλες ποσότητες ψωμιού ολικής αλέσεως. Η πρόσληψη γάλακτος είναι μέτρια, αλλά η κατανάλωση τυριού και, σε μικρότερο βαθμό, γιαουρτιού είναι υψηλή. Η φέτα προστίθεται συνήθως στις σαλάτες και συνοδεύει τα μαγειρευμένα λαχανικά. Το κρέας, ήταν κάποτε ακριβό και η κατανάλωση του σπάνια. Η κατανάλωση ψαριών ήταν συνάρτηση της απόστασης από τη θάλασσα. Το κρασί καταναλώνεται με μέτρο και σχεδόν πάντοτε κατά τη διάρκεια των γευμάτων. Η μεγάλη κατανάλωση λαχανικών, φρέσκων φρούτων και ειδικότερα η κατανάλωση ελαιόλαδου σε συνδυασμό με λαχανικά και όσπρια, μπορεί να προσφέρει σε μεγάλο βαθμό προστασία από ένα μεγάλο φάσμα χρόνιων νοσημάτων.

Η διάδοση της ελληνικής παραδοσιακής διατροφής, τόσο στο εσωτερικό όσο και στο εξωτερικό, προάγει την υγεία και παράλληλα ωφελεί την εθνική οικονομία και συντελεί στη διατήρηση της πολιτισμικής μας κληρονομιάς. Τα τοπικά τρόφιμα συνιστούν ένα σημαντικό μέσο στη διάχυση του πολιτισμικού στοιχείου μιάς χώρας και οι τοπικές μαγειρικές παραδόσεις αντανakλούν την ιστορία, τις παραδόσεις και τον πολιτισμό.⁶

Πολυετείς έρευνες έχουν αποδείξει ότι η μεσογειακή διατροφή θεωρείται ως ο πλέον υγιεινός τρόπος διατροφής αφού προστατεύει από καρδιακές προσβολές, καρκίνο (π.χ. παχέος εντέρου), παχυσαρκία, κ.ά. Τα τελευταία χρόνια είδαν το φως της δημοσιότητας πολυετείς έρευνες για τη μεσογειακή διατροφή.

Η διατροφή του σύγχρονου ανθρώπου, ειδικότερα αυτού που ζει στις μεγάλες πόλεις, ξεφεύγει σιγά-σιγά από το μεσογειακό μοντέλο και χαρακτηρίζεται από την κατανάλωση, συχνά υπερκατανάλωση, μεγάλων ποσοτήτων φαγητού που περιέχουν πολλά λίπη και ελάχιστες φυτικές ίνες.

Η σύγχρονη διαιτολογία θεωρεί σήμερα τη μεσογειακή δίαιτα ως τρόπο ζωής που χαρίζει μακροζωία και καλή υγεία. Έρευνες που έχουν γίνει διεθνώς, φέρουν την Κρήτη ως το καλύτερο και πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα μεσογειακής διατροφής. Αφού διαπίστωσαν πως οι κάτοικοι του νησιού έχουν το μικρότερο σε παγκόσμια κλίμακα ποσοστό θνησιμότητας (θανάτων) από καρδιαγγειακά νοσήματα, οι επιστήμονες άρχισαν να αναζητούν την ταυτότητα της διατροφής που χάριζε και (χαρίζει) στους Κρητικούς αυτά τα εξαιρετικά ποσοστά καλής υγείας. Πολύ γρήγορα φάνηκε ότι πρόκειται για μια ιστορία που χάνεται στα βάθη του χρόνου. Η κρητική διατροφή ξεκινά από πολύ παλιά, ακόμη και πριν από την νεολιθική εποχή. Από τα ευρήματα των αρχαιολογικών ανασκαφών φαίνεται πως οι αρχαίοι Κρήτες, οι Μινωίτες, κατανάλωναν τα ίδια σχεδόν προϊόντα που καταναλώνει και ο σημερινός Κρητικός. Στα ανάκτορα της μινωικής εποχής βρέθηκαν μεγάλα πιθάρια για το λάδι της ελιάς, τους δημητριακούς καρπούς, τα όσπρια και το μέλι. Και στις διάφορες εικονογραφημένες μαρτυρίες βλέπουμε τον απίθανο κόσμο των κρητικών φυτών και βοτάνων. Καθώς περνούσαν οι αιώνες, η κρητική κουζίνα συγκέντρωνε τη γνώση και την εμπειρία που μεταδιδόταν από γενιά σε γενιά. Στα βυζαντινά χρόνια οι Κρητικοί διατηρούν τις συνήθειές τους και μέσα στους αιώνες φτάνουμε στο σήμερα. Τα τελευταία χρόνια, μετά την αναγνώριση του ευεργετικού αποτελέσματος της «κρητικής δίαιτας», κάποιοι επιστημονικοί κύκλοι άλλαξαν το όνομα σε «μεσογειακή δίαιτα» με προφανείς οικονομικούς σκοπούς. Όμως για να μην περιοριστούμε στον όρο «κρητική διατροφή» αναφέρουμε ο Πλάτων στην «Πολιτεία» συνιστά στους νέους λιτή διατροφή από ψωμί, ελιές, τυρί, βολβούς και λάχανα. Την ίδια εποχή που όλος ο κόσμος εστερείτο αισθητικής στο θέμα της διατροφής και δεν έδινε σημασία στη γεύση, οι Έλληνες χρησιμοποιούσαν 70 είδη ψωμιού.⁷

iii. Θρεπτικές ουσίες

Η υγιεινή διατροφή παρέχει όλες τις θρεπτικές ουσίες που χρειάζεται το σώμα ώστε να είναι υγιές. Όμως, κανένα είδος τροφής δεν περιέχει όλες τις βιταμίνες, τα μέταλλα και τις θρεπτικές ουσίες που χρειάζεται ο οργανισμός μας για να είναι υγιής.

Επομένως, είναι καλό να καταναλώνουμε ποικιλία τροφών από όλες τις ομάδες. Απλώς περιορίστε την κατανάλωση καφέ, οινοπνευματωδών και αεριούχων ποτών. Μειώστε το αλάτι, τα λίπη κάθε μορφής και τα τηγανιτά. Παράλληλα αυξήστε το νερό που πίνετε, τα φρέσκα φρούτα και λαχανικά, τις πλούσιες σε ίνες τροφές, το άπαχο κρέας, το κοτόπουλο, τα ψάρια, το ρύζι, τα ζυμαρικά και το ψωμί ολικής αλέσεως.

Θρεπτικές ουσίες	Περιγραφή	Πηγές
Υδρογονάνθρακες	Υπάρχουν 3 είδη υδατανθράκων: οι μονοσακχαρίτες (γλυκόζη, φρουκτόζη), οι δισακχαρίτες (λακτόζη), οι πολυσακχαρίτες (άμυλο). Οι Υδρογονάνθρακες αποτελούν την βασική πηγή ενέργειας του σώματός μας και βρίσκονται στη ζάχαρη και στο άμυλο. Γενικά θα πρέπει να μετριάζουμε την κατανάλωση ζάχαρης.	Ψωμί, δημητριακά, αμυλούχα λαχανικά (πχ πατάτες), όσπρια (πχ φακές, φασόλια), ρύζι, γάλα, μακαρόνια. Οι περισσότερες από τις τροφές αυτές περιέχουν και άλλα θρεπτικά στοιχεία εκτός από υδατάνθρακες.
Λιπαρά	Υπάρχουν διάφορα είδη λιπαρών – κορεσμένα (στερεά κατάσταση), μονοακόρεστα (υγρή κατάσταση) και πολυακόρεστα (υγρή κατάσταση). Τα λιπαρά βοηθούν στην απορρόφηση βιταμινών και μετάλλων. Επίσης παίζουν σημαντικό ρόλο στη θερμική μόνωση, προστατεύουν τα εσωτερικά μας όργανα και αποτελούν συγκεντρωμένη πηγή ενέργειας.	Ελαιόλαδο, ηλιέλαιο, καλαμποκέλαιο, φυσικέλαιο και σουσαμέλαιο, ξηροί καρποί, σαρδέλες, τόνος, λουκάνικα, σαλάμια και γαλακτοκομικά προϊόντα. Το βούτυρο και ο κρόκος αυγού περιέχουν κορεσμένα λίπη και θα πρέπει να περιορίζεται η κατανάλωσή τους.
Πρωτεΐνες	Τις πρωτεΐνες τις παίρνουμε από το ζωικό και το φυτικό βασίλειο. Οι ζωικές πρωτεΐνες έχουν μεγαλύτερη βιολογική αξία από τις φυτικές πρωτεΐνες. Οι πρωτεΐνες οικοδομούν και ενδυναμώνουν βασικά μέρη του σώματος, όπως τους μυς, το αίμα και διάφορα όργανα.	Κυρίως το κρέας, τα πουλερικά και το ψάρι. Επίσης, τα δημητριακά, τα γαλακτοκομικά προϊόντα, οι ξηροί καρποί, ο αρακάς, τα φασόλια και οι φακές.

Χλωριούχο νάτριο	Πρόκειται για το αλάτι, το οποίο είναι πολύ σημαντικό για το νευρικό, το πεπτικό και το μυϊκό σύστημα και συμβάλλει στη διατήρηση της ισορροπίας νερού του σώματος. Για τους περισσότερους ανθρώπους συνίσταται η κατανάλωση 5mg αλατιού καθημερινά.	Κυρίως το επιτραπέζιο αλάτι, αλλά βρίσκεται φυσικά σε πολλά τρόφιμα. Τα γρήγορα φαγητά και τα επεξεργασμένα τρόφιμα συχνά περιέχουν μεγάλες ποσότητες πρόσθετου νατρίου.
Βιταμίνες και Μέταλλα	Οι βιταμίνες είναι ζωτικής σημασίας για το σώμα μας, το οποίο δεν μπορεί να τις παράγει, αλλά τις προσλαμβάνει μέσω των τροφών. Υπάρχουν 13 κύριες βιταμίνες και 16 βασικά μέταλλα. Η έλλειψη οποιουδήποτε από αυτά θα οδηγήσει το σώμα να μην λειτουργεί με τον βέλτιστο τρόπο.	Φρούτα, λαχανικά, κρέας, εντόσθια, ξηροί καρποί, σπόροι, μούρα, δημητριακά, ψωμί, γαλακτοκομικά προϊόντα, ψάρι, μουρουνέλαιο, φυτικά έλαια ... κλπ. ⁸

iv. Ιδανικό βάρος

Σε μια εποχή που παράλληλα με την έκρηξη της παχυσαρκίας, αυξάνονται και τα κρούσματα της ψυχογενούς ανορεξίας (άρνηση λήψης τροφής από άτομα φυσιολογικού βάρους ή λιπόβαρα) λόγω των αισθητικών προτύπων που προβάλλονται, είναι σημαντική η τοποθέτηση της ιατρικής επιστήμης σχετικά με το θέμα για το ποιο είναι το ιδανικό βάρος για κάθε άνθρωπο.

Η επιστήμη της ιατρικής για να βρει το ιδανικό βάρος για κάθε άνθρωπο ξεχωριστά, χρησιμοποιεί σήμερα ένα ειδικό δείκτη, τον δείκτη BMI, ο οποίος ισούται με το βάρος δια του τετραγώνου του ύψους. Κάτω του 18,5 είναι πολύ χαμηλός, χαρακτηρίζει τα πολύ αδύνατα άτομα και συνοδεύεται από αυξημένη νοσηρότητα. Όταν έχετε BMI= 18,5 - 24,9, είστε φυσιολογικοί, BMI= 25 - 29,9 υπέρβαροι και πάνω από τριάντα παχύσαρκοι. ⁹

Τι είναι το φυσιολογικό σωματικό βάρος

Το φυσιολογικό σωματικό βάρος είναι αυτό με το οποίο το σώμα σας αισθάνεται άνετα και δεν έχετε προδιάθεση να αναπτύξετε στο μέλλον καμιά ασθένεια. Ένα υγιές σώμα μπορεί να διαφέρει από ένα άλλο σε μέγεθος και σχήμα. Επομένως, το βάρος δεν είναι ο μόνος παράγοντας που καθορίζει την κατάσταση της υγείας.

Άλλοι καθοριστικοί παράγοντες είναι:

- Η φυσική σας κατάσταση.
- Η ποσοστιαία αναλογία λίπους.
- Ο δείκτης μάζας σώματος (BMI), ο οποίος προκύπτει από την αναλογία βάρους και ύψους.
- Τα σημεία του σώματος όπου συσσωρεύεται το λίπος.
- Η απουσία εξαρτήσεων από επιβλαβείς συνήθειες, όπως το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ.

Παράγοντες που επηρεάζουν το σωματικό βάρος

Το σωματικό βάρος επηρεάζεται από τρεις κυρίως παράγοντες:

- Γενετική προδιάθεση: Υπολογίζεται ότι το 30 με 40% των διαφοροποιήσεων που παρατηρούνται μεταξύ των ατόμων αναφορικά με το σωματικό βάρος οφείλεται σε κληρονομικούς παράγοντες. Η κληρονομικότητα επηρεάζει τους βασικούς μεταβολικούς ρυθμούς (BMR), το αίσθημα κορεσμού, την κατανομή του λίπους στο σώμα και πιθανόν την τάση προς τη σωματική δράση ή αδράνεια. Οι BMR καθορίζουν το ρυθμό με τον οποίο το σώμα χρησιμοποιεί τις ενεργειακές πηγές του και τελικά επηρεάζει τις συνολικές ενεργειακές ανάγκες κάθε ατόμου.

Το σώμα θέτει ορισμένα όρια εντός των οποίων προσπαθεί να διατηρήσει το σωματικό βάρος. Η ρύθμιση του βάρους γίνεται κατά παρόμοιο τρόπο με αυτήν της σωματικής θερμοκρασίας, της αρτηριακής πίεσης και των επιπέδων του σακχάρου στο αίμα. Από κλινικές έρευνες έχει αποδειχθεί ότι το σώμα 'σπαταλά' θερμίδες όταν γίνεται υπερκατανάλωση τροφών ή κάνει 'οικονομία' όταν κάποιος υποσιτίζεται. Τα όρια κάθε οργανισμού φαίνεται να επηρεάζονται από το γενετικό κώδικα κάθε ατόμου, αλλά το πραγματικό σωματικό βάρος εντός αυτών των ορίων επηρεάζεται από τον τρόπο διαβίωσης ή το περιβάλλον.

Η κατανομή των ποσοτήτων της τροφής αλλάζει με την πάροδο του χρόνου, επιφέροντας αλλαγές και στην κατανομή του βάρους. Η γήρανση του οργανισμού οδηγεί σε αντικατάσταση της μυϊκής μάζας με λίπος.

- **Διατροφή:** Μια ισορροπημένη και υγιεινή διατροφή παρέχει στο σώμα τα απαιτούμενα στοιχεία για την κάλυψη των διατροφικών αναγκών του, ικανοποιεί το αίσθημα της πείνας, περιορίζει τις παρεκτροπές και μειώνει τον κίνδυνο ανάπτυξης χρόνιων παθήσεων (υπέρταση, οστεοπόρωση κ.ά.). Επιπλέον, χαρίζει αίσθημα ευεξίας, ενεργητικότητας και ελαχιστοποιεί τις πιθανότητες απότομης αύξησης του βάρους.

- **Σωματική δραστηριότητα:** Η σωματική δραστηριότητα παίζει καθοριστικό ρόλο στην πρόληψη της παχυσαρκίας και τη βελτίωση της γενικότερης κατάστασης της υγείας ανεξαρτήτως ηλικίας και φύλου. Η συνήθης και καθημερινή άθληση μπορεί να αυξήσει τα επίπεδα της 'καλής' χοληστερόλης (HDL) και να ελαττώσει αυτά του σακχάρου του αίματος, ενώ έχει ευεργετική επίδραση και στην ψυχολογική διάθεση, συμβάλλοντας στη βελτίωση της εξωτερικής εικόνας και την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης. Κάποιος μπορεί να είναι σε φόρμα, ακόμα και αν έχει περιττά κιλά. ¹⁰

Υγιεινοί κανόνες για διατήρηση φυσιολογικού σωματικού βάρους:

- Τρία κύρια γεύματα καθημερινώς και λαχανικά στις περιπτώσεις που πεινάμε ενδιάμεσα
- Πρωινό γεύμα κάθε μέρα
- Περιορισμός στην κατανάλωση άλατος και κρέατος.
- Κατανάλωση άπαχων κρεάτων ψητών και όχι τηγανητών.
- Κατανάλωση νωπών φρούτων και λαχανικών.
- ΟΧΙ αλκοόλ.
- ΟΧΙ ζαχαρούχα αναψυκτικά.
- ΟΧΙ βούτυρο και αποφυγή τηγανητών
- Μαλακό, όχι σκληρό τυρί
- Μικρότερη ποσότητα φαγητού με χρήση μικρότερων πιάτων
- ΟΧΙ φαγητό όρθιοι ή κάνοντας συγχρόνως άλλες δραστηριότητες (π.χ. διάβασμα ή τηλεθέαση)
- ΟΧΙ αργά φαγητό μετά τις 20.00 μ.μ
- Το τελευταίο γεύμα της ημέρας μακράν του ύπνου
- Τα πράσινα λαχανικά, πρέπει να τοποθετούνται σε χαμηλά ράφια
- Οι τροφές με υψηλή περιεκτικότητα σε θερμίδες καλό είναι να βρίσκονται σε υψηλά ράφια, έξω από το οπτικό σας πεδίο ή σε κλειδωμένα συρτάρια.

Πότε το αυξημένο βάρος μπορεί να προκαλέσει παθολογικά προβλήματα;

Ανάλογα με το ιατρικό ιστορικό σας και την κλινική εξέταση που πραγματοποιούμε εμείς οι κλινικοί ιατροί, οι στόχοι διαφέρουν. Οι στόχοι για

παράδειγμα είναι πιο αυστηροί σε άτομα με παθήσεις της σπονδυλικής στήλης υπερχοληστερολαιμία ή διαβήτη. Σε γενικές γραμμές όμως, ο οργανισμός μπορεί να ανεχθεί χωρίς προβλήματα, υπερβάλλον βάρος που αντιστοιχεί σε BMI 25-29,9, εφόσον η κατανομή του λίπους δεν είναι ανδρικού τύπου, δηλ. το βάρος δεν έχει τάσεις συσσώρευσης στην κοιλιά, θώρακα και άκρα. BMI ίσος ή άνω του 30, σημαίνει παχυσαρκία, η οποία μπορεί να προκαλέσει βλάβη στην υγεία μας. Να μας ρωτάτε πάντα εάν το βάρος σας είναι σε φυσιολογικά πλαίσια, ποιο είναι το μέγιστο βάρος που μπορείτε να έχετε χωρίς σημαντικά ιατρικά προβλήματα και να συνειδητοποιήσετε ότι αυτό που προβάλλεται από τον τύπο και τα μέσα ενημέρωσης ως αισθητικά ιδανικό, πολλές φορές δεν είναι και το ιατρικά ιδανικό.

Πώς κρίνει η ιατρική επιστήμη εάν πρόκειται για την βλαπτικού τύπου, ανδρική κατανομή λίπους ή για την γυναικείου τύπου κατανομή λίπους που είναι πιο αθώα;

Εκτός της κλινικής εξέτασεως που πραγματοποιεί ο ιατρός, εξαιρετικός δείκτης είναι και η περίμετρος μέσης.

- Περιφέρεια μέσης **πάνω από 102cm στους άντρες** και
- Περιφέρεια μέσης **πάνω από 88cm στις γυναίκες**
αναδεικνύει βλαπτική κατανομή λίπους

Με ποια νοσήματα συνδέεται η παχυσαρκία;

Συνδέεται με διαβήτη, υπέρταση, υπερχοληστερολαιμία, εμφράγματα, παθήσεις σπονδυλικής στήλης, καρκίνους ενδομητρίου, στήθους, προστάτου, εντέρου. Ο κίνδυνος αυξάνεται με τη αύξηση της ηλικίας μας και το θετικό οικογενειακό ιστορικό για τις παθήσεις αυτές.

Πώς μπορούμε να χάσουμε κιλά;

Με κατάλληλη άσκηση και διατροφή. Σήμερα υπάρχει και αποτελεσματική για την παχυσαρκία φαρμακευτική αγωγή και συμπληρώματα, ενώ άνθρωποι με υψηλό BMI, άνω του 40, μπορεί να χρειαστούν χειρουργική αντιμετώπιση. Η απότομη απώλεια ή προσθήκη βάρους προκαλεί σε ευαίσθητα άτομα λιπώδη διήθηση ήπατος. ⁹

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 3

Σχέση Χοληστερολαιμίας - Καρδιάς

i. Πηγές Χοληστερόλης

Η χοληστερόλη είναι μια κέρινη ουσία η οποία είναι αναγκαία μέσα στο σώμα για τις φυσιολογικές λειτουργίες των κυττάρων.

Το ήπαρ (συκώτι) παράγει την περισσότερη από τη χοληστερόλη στο σώμα μας και αρκετοί ιστοί παράγουν τη δική τους. Είναι απαραίτητη για τη δομή και τη λειτουργία των κυττάρων. Ο εγκέφαλος και το νευρικό σύστημα περιέχουν σημαντικές ποσότητες χοληστερόλης. Επιπρόσθετα, η χοληστερόλη χρησιμοποιείται για τη σύνθεση ορμονών όπως οι σεξουαλικές ορμόνες τεστοστερόνη και τα οιστρογόνα. Είναι αναγκαία για τη σύνθεση της χολής που συμβάλλει στην πέψη του διατροφικού λίπους των τροφών.

Στο φαγητό: η χοληστερόλη εμφανίζεται συγκεκριμένα στα ζωικά τρόφιμα και βρίσκεται σε αρκετά τρόφιμα όπως τα θαλασσινά, τα αβγά, το συκώτι, τα νεφρά, το κρέας, τα γαλακτοκομικά προϊόντα, τα πουλερικά.¹¹

ΠΗΓΕΣ ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗΣ

Αβγό

Κρέας και τα παράγωγά του

Εντόσθια

Θαλασσινά, ιδιαίτερα τα οστρακοειδή (μύδια, στρείδια) και τα μαλακόστρακα (γαρίδες, αστακός, καραβίδες). Τα χταπόδια, η σουπιά και τα καλαμάρια έχουν λιγότερη χοληστερίνη

Βούτυρο ζωικό, λαρδί
Γάλα και γιαούρτι πλήρες (1 ποτήρι)
Λιπαρά και σκληρά τυριά, όπως η γραβιέρα
Κρέμα γάλακτος πλήρης (100 γραμμάρια)¹²

ii. Επίπεδο στο αίμα

Η ποσότητα χοληστερόλης που συστήνεται στην καθημερινή διατροφή μας δεν πρέπει να ξεπερνά τα 300 mg.

Συνοπτικά τα επίπεδα των λιπιδίων του αίματος έχουν τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- **Συνολική χοληστερόλη:** Τα επιθυμητά επίπεδα πρέπει να είναι κάτω από το 200. Στις τιμές αυτές ο κίνδυνος για την καρδιά είναι χαμηλός. Μεταξύ 200 και 239, ο κίνδυνος είναι οριακά αυξημένος. Από 240 και πάνω τα πράγματα γίνονται σοβαρά και ο κίνδυνος για την καρδιά διπλασιάζεται.

- **Καλή HDL-χοληστερόλη:** Τα ψηλά επίπεδά της είναι επιθυμητά και θα πρέπει να είναι ψηλότερα από το 40.

- **Κακή LDL-χοληστερόλη:** Θα πρέπει να είναι κάτω από 100. Ακόμη και κάτω από 130 μπορεί να είναι αποδεκτή σε πολλούς ανθρώπους. Όμως για άτομα που έχουν και άλλους παράγοντες κινδύνου (διαβήτης, κάπνισμα, υψηλή πίεση, ιστορικό καρδιακής πάθησης, ανδρικό φύλο), τα επίπεδα μεταξύ 100 και 130 θεωρούνται επικίνδυνα. Από 130 έως 159, ο κίνδυνος είναι οριακά υψηλός. Από 160 και περισσότερο ο κίνδυνος για καρδιακό πρόβλημα είναι μεγάλος.

- **Τριγλυκερίδια:** Τα τριγλυκερίδια πρέπει να είναι χαμηλότερα από 200. Τα τριγλυκερίδια είναι ακόμη μια μορφή μεταφοράς των λιπιδίων στο αίμα. Το μεγαλύτερο μέρος των λιπιδίων του σώματος βρίσκεται υπό μορφή τριγλυκεριδίων. Δεν είναι σίγουρο κατά πόσο, τα τριγλυκερίδια από μόνα τους, αυξάνουν τον κίνδυνο καρδιακού επεισοδίου. Πολλά άτομα που έχουν υψηλά

τριγλυκερίδια, έχουν επίσης υψηλή κακή LDL-χοληστερόλη και χαμηλή καλή HDL-χοληστερόλη. ¹³

iii. Τρόποι μείωσης Χοληστερόλης

Η άσκηση, η μείωση του βάρους και η μεταβολή των διατροφικών συνηθειών αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για την μείωση των λιπιδίων και υπάρχουν πολλές μελέτες που έχουν δείξει ότι η άσκηση ελαττώνει τη θνητότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα.

Ωστόσο, παρότι η διαίτα και η άσκηση βοηθούν σημαντικά, συχνά απαιτείται η χορήγηση φαρμάκων για την επίτευξη του στόχου της επιθυμητής τιμής της LDL χοληστερόλης.

Κατά τη διάρκεια της φαρμακευτικής αγωγής, η ταυτόχρονη μείωση της πρόσληψης λιπαρών ουσιών με την τροφή είναι θεμελιώδους σημασίας στην αντιμετώπιση της υπερλιπιδαιμίας. Γενικότερα, συνιστάται τα κορεσμένα λίπη να αποτελούν λιγότερο από 7% των συνολικών θερμίδων και η χοληστερόλη από την τροφή να μην υπερβαίνει τα 200 mg ημερησίως. Η υπολιπιδαιμική διαίτα

Τρόμε ελεύθερα:

- Πουλερικά: Κοτόπουλο, γαλοπούλα χωρίς πέτσα, κουνέλι, κυνήγι
- Ψάρια: Όλα τα άσπρα ψάρια χωρίς πέτσα
- Όσπρια: Φασόλια ρεβύθια, φακές, κουκιά, φάβα
- Γαλακτοκομικά: Γάλα και γιαούρτι με 0-1% λιπαρά. Μυζήθρα νωπή ή κίτρινο τυρί με λιγότερο από 10% λιπαρά
- Λίπη - Έλαια: Ελαιόλαδο, καλαμποκέλαιο, σογιέλαιο, ηλιέλαιο, μαργαρίνη με ρευστά φυτικά έλαια

- Ψωμί: Όλα τα ψωμιά (κατά προτίμηση ολικής αλέσεως), φρυγανιές
- Δημητριακά: Όλα τα δημητριακά, κουάκερ, κορν φλέικς, μακαρόνια, ρύζι, πατάτες
- Λαχανικά-Φρούτα: Όλα
- Ποτά: Καφές, τσάι

Τρώμε με μέτρο:

- Κρέας: Άπαχο κρέας, μοσχάρι, άπαχο ζαμπόν, λουκάνικα από μοσχάρι ή κοτόπουλο
- Ψάρια: Σολωμός
- Γαλακτοκομικά: Γάλα και γιαούρτι μέχρι 2% λιπαρά. Κίτρινο τυρί με λιγότερο από 20% λιπαρά
- Αβγά: Μέχρι 4 την εβδομάδα
- Διάφορα: Ελιές, Ξηροί καρποί, Γρανίτες - Ποπ κορν, Λουκούμια, Γλυκά κουταλιού, Κουλουράκια με λάδι
- Ποτά: Οινοπνευματώδη (Αν τα τριγλυκερίδια είναι υψηλά τότε καθόλου οινόπνευμα)

Απαγορεύεται να τρώμε:

- Κρέας: Χοιρινό, συκώτι, λουκάνικα από χοιρινό, μπέικον
- Θαλασσινά: Αστακός, γαρίδες, караβίδες, μύδια
- Πουλερικά: Χήνα, πάπια
- Λίπη: Βούτυρο, μαργαρίνη με στερεά κορεσμένα έλαια
- Γαλακτοκομικά: Γάλα και γιαούρτι με 4% και άνω λιπαρά, κρέμα γάλακτος, σκληρά τυριά (γραβιέρα, κεφαλοτύρι), μαλακά τυριά (τυρί κρέμα, κασέρι)

- Γλυκά: Πάστες, τούρτες, κρουασάν, τσουρέκι, παγωτά, σοκολάτες
- Ποτά: Ιρλανδέζικος καφές, σοκολάτα ρόφημα
- Διάφορα: Τσιπς, Τηγανητές πατάτες, Μαγιονέζα, Σάλτσες με κρέμα γάλακτος ή βούτυροφαρμακευτική αγωγή. Η επιλογή των ασθενών που χρειάζεται να λάβουν φαρμακευτική αγωγή, καθώς και το είδος του φαρμάκου που πρέπει να χορηγηθεί θα πρέπει να αποφασίζεται από το θεράποντα ιατρό. Η επιλογή βασίζεται στο συνολικό καρδιαγγειακό κίνδυνο, λαμβάνοντας υπόψη την παρουσία και των υπολοίπων παραγόντων κινδύνου, όπως κάπνισμα, υπέρταση, διαβήτης και κληρονομικό ιστορικό. Τα τελευταία χρόνια οι στατίνες (ατορβαστατίνη, λοβαστατίνη, πραβαστατίνη, σιμβαστατίνη, φλουβαστατίνη) αποτελούν τα συχνότερα χρησιμοποιούμενα φάρμακα για την αντιμετώπιση της υπερλιπιδαιμίας.

Σε μεγάλες μελέτες έχει βρεθεί ότι οι στατίνες ελαττώνουν τη συχνότητα εμφάνισης εμφράγματος, μειώνουν την πρόοδο και εξέλιξη των αθηροσκληρυντικών βλαβών σε στεφανιαίους ασθενείς και ελαττώνουν τη θνητότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι σπάνιες και περιλαμβάνουν γαστρεντερικές διαταραχές (δυσκοιλιότητα, κοιλιακό άλγος), κεφαλαλγία, μυαλγίες και εξάνθημα. Σε ποσοστό 1-2% μπορεί να παρατηρηθεί αύξηση των ηπατικών ενζύμων, τα οποία αν υπερβούν το τριπλάσιο των αρχικών τιμών απαιτείται η διακοπή του φαρμάκου, οπότε και επανέρχονται σε φυσιολογικά επίπεδα.

Μια ιδιαίτερα σπάνια ανεπιθύμητη ενέργεια είναι η εμφάνιση μυοπάθειας με αύξηση της κρεατινοφωσφοκινάσης (CPK). Ένεκα των ανωτέρω ανεπιθύμητων ενεργειών συνιστάται να προσδιορίζονται πριν την έναρξη της θεραπείας οι τρανσαμινάσες και η CPK και κατόπιν να παρακολουθούνται σε τακτά χρονικά διαστήματα. Άλλα φάρμακα που συνήθως χρησιμοποιούνται

στην αντιμετώπιση της υπερλιπιδαιμίας είναι η γεμιμπροζίλη, προβουκόλη, κλοφιμπράτη και νικοτινικό οξύ.

Επανεξέταση αίματος γίνεται μετά παρέλευση τουλάχιστον 6 εβδομάδων από την έναρξη χορήγησης του φαρμάκου, καθόσον οι μεταβολές των επιπέδων της χοληστερόλης απαιτούν μακρύ χρονικό διάστημα.¹⁴

iv. Σχέση καρδιάς - Υπερλιπιδαιμίας

Θα δούμε το κίνδυνο της υψηλής χοληστερόλης στο αίμα και τη σχέση της με τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Ένας σημαντικός κίνδυνος της υγείας μας, όπως όλοι πλέον γνωρίζουν, είναι η χοληστερόλη και γενικότερα τα λιπίδια (τριγλυκερίδια, LDL-χοληστερόλη).

Πριν 40 χρόνια περίπου εντοπίστηκε η στενή σχέση της υψηλής χοληστερόλης στο αίμα με την ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου. Από τότε μέχρι σήμερα εντοπίστηκαν και άλλοι παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την ανάπτυξη καρδιαγγειακών νοσημάτων, όπως το κάπνισμα, η υπέρταση, η παχυσαρκία, το άγχος, ο σακχαρώδης διαβήτης, η έλλειψη σωματικής άσκησης, κλπ. Παρ' όλα αυτά όμως, μόνο το 50% περίπου του ατομικού κινδύνου στεφανιαίας νόσου μπορεί να αποδοθεί στους γνωστούς παράγοντες κινδύνου ενώ το υπόλοιπο 50% οφείλεται σε παράγοντες που δεν γνωρίζουμε.

Τι ζημιά προκαλεί όμως στα αγγεία η χοληστερόλη; Η χοληστερόλη συσσωρεύεται στα τοιχώματα των αρτηριών που μπορεί σταδιακά να στενέψουν. Καθώς οι αρτηρίες στενεύουν, η ροή του αίματος προς την καρδιά μειώνεται. Έτσι η καρδιά αναγκάζεται να δουλεύει πολύ πιο έντονα, ιδιαίτερα σε ώρα άσκησης ή υπερδιέγερσης, προκαλώντας πόνο στο στήθος, την επονομαζόμενη στηθάγχη. Όταν μια αρτηρία που είναι ήδη στενευμένη φράξει εντελώς, εμποδίζοντας τη ροή του αίματος προς την καρδιά, τότε γίνεται το

έμφραγμα του μυοκαρδίου. Οι έρευνες δείχνουν ότι τα επίπεδα χοληστερόλης στο αίμα συνδέονται περισσότερο με το είδος των λιπαρών που καταναλώνουμε και λιγότερο με τη χοληστερόλη που παίρνουμε απ' ευθείας από τα τρόφιμα. Υπάρχουν τρία είδη λιπαρών: κεκορεσμένα, πολυακόρεστα και μονοακόρεστα.

Κεκορεσμένα λιπαρά είναι αυτά που έχουν τη τάση να αυξάνουν τη χοληστερόλη του αίματος. Βρίσκονται σε μεγάλες ποσότητες στα λιπαρά κρέατα, τις σκληρές μαργαρίνες, στα γαλακτοκομικά προϊόντα όπως το βούτυρο, τα τυριά και η κρέμα γάλακτος καθώς και στα έτοιμα γλυκά, κέικ και μπισκότα. **Πολυακόρεστα** είναι τα λιπαρά που βοηθούν στη μείωση της χοληστερόλης του αίματος. Βρίσκονται σε μεγάλες ποσότητες σε ορισμένα φυτικά έλαια όπως το ηλιέλαιο, το σογιέλαιο και το αραβοσιτέλαιο και στις μαργαρίνες ή άλλα προϊόντα που γράφουν στη συσκευασία τους “υψηλό σε πολυακόρεστα” καθώς και σε λιπαρά ψάρια. **Τα μονοακόρεστα λιπαρά** δεν αυξάνουν τη χοληστερόλη του αίματος και σε ορισμένες περιπτώσεις βοηθούν και στη μείωσή της. Βρίσκονται κατ' εξοχήν στο ελαιόλαδο καθώς και στο αβοκάντο. ¹⁵

ν. Δυνητικοί παράγοντες που επηρεάζουν τα επίπεδα χοληστερόλης και τριγλυκεριδίων

Τα επίπεδα της χοληστερόλης στο αίμα επηρεάζονται από ποικίλους παράγοντες, μερικοί εκ των οποίων μπορούμε να ελέγξουμε και άλλους όχι.

Παράγοντες που μπορούμε να ελέγξουμε είναι:

- Δίαιτα - Η κατανάλωση τροφών με υψηλή περιεκτικότητα σε

χοληστερόλη (ζωικές τροφές πχ αυγά) δεν αυξάνει τόσο τα επίπεδα της χοληστερόλης στο αίμα όσο η κατανάλωση των κορεσμένων λιπών που περιέχονται κυρίως σε ζωικά λίπη, κρέας, γαλακτοκομικά προϊόντα με πλήρη λιπαρά αλλά και αβοκάντο

- Παχυσαρκία - Μειώνει τα επίπεδα της HDL αυξάνει την LDL
- Έλλειψη άσκησης - Επίσης μειώνει την HDL αυξάνει την LDL
- Κάπνισμα - Μειώνει την HDL ως και κατά 15%
- Μεταβολικά σύνδρομα - Διαβήτης, μεταβολικό σύνδρομο, υποθυρεοειδισμός κ.ά.

Παράγοντες τους οποίους δεν μπορούμε να τροποποιήσουμε είναι:

- Κληρονομικότητα - Ορισμένοι άνθρωποι είναι γενετικά προγραμματισμένοι να παράγουν περισσότερη χοληστερόλη
- Ηλικία - Με την πάροδο του χρόνου, αυξάνονται τα επίπεδα της χοληστερόλης
- Φύλο - Οι άνδρες γενικά έχουν υψηλότερα επίπεδα χοληστερόλης αλλά η διαφορά εξισώνεται μετά την εμμηνόπαυση¹⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Διατροφή ως παράγοντας κινδύνου

i. Τροφές επικίνδυνες για την υγεία του ανθρώπου

Οι Έλληνες εξακολουθούν να καταναλώνουν κόκκινο κρέας, ζάχαρη και λιπαρά, να παχαίνουν, ν' ανεβάζουν τη χοληστερίνη και την πίεσή τους, τον διαβήτη και τα καρδιαγγειακά.

Γυρίζουν την πλάτη στο σπιτικό φαγητό ακόμη και τα παιδιά. Κρέας σε ποσότητες υπερδιπλάσιες από τις συνιστώμενες ανά εβδομάδα, τόνους προμαγειρεμένων και κατεψυγμένων φαγητών, μαζί με αλμυρά σνακ, πατατάκια και παγωτά αγοράζουν ολοένα και σε μεγαλύτερες ποσότητες τα ελληνικά νοικοκυριά.

Παρά το γεγονός ότι θερίζουν χοληστερίνη, πίεση, διαβήτη και καρδιαγγειακά νοσήματα, οι Έλληνες δεν το βάζουν κάτω: εξακολουθούν να καταναλώνουν κόκκινο κρέας, ζάχαρη και λιπαρά, αγνοώντας συστηματικά τα ψάρια, τα λαχανικά και άλλα υγιεινά τρόφιμα.

Σχεδόν έξι κιλά μπισκότα - που είναι πλούσια σε ζάχαρη και λίπος - καταναλώνει τον χρόνο κάθε Έλληνας. Σε αυτά προστίθενται δύομισι κιλά σοκολάτας και ενάμισι κιλό γλυκών, σύμφωνα με στοιχεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης Βιομηχανιών Σοκολάτας, Μπισκότων και Ζαχαροπλαστικής.

Την ίδια ώρα, δύο στους δέκα Έλληνες επιλέγουν κατεψυγμένα γεύματα και ημιέτοιμα φαγητά, με σαφή προτίμηση στα έτοιμα προϊόντα ζύμης, όπως οι διάφορες πίτες. Η ετήσια κατανάλωση τέτοιων προϊόντων ξεπερνά τους 20.000

τόνους στη χώρα μας. Τα τελευταία πέντε χρόνια, η αγορά έτοιμου φαγητού στην Ελλάδα αυξήθηκε κατά 16,2%.¹⁷

ii. Μεσογειακή διατροφή ως παράγοντας πρόληψης της στεφανιαίας νόσου

Η μεσογειακή διατροφή είναι διεθνώς αναγνωρισμένη ως μια από τις καλύτερες για την αντιμετώπιση και την προφύλαξη από την στεφανιαία νόσο. Ήδη σε παλαιότερες μελέτες, όπως η μελέτη των επτά χωρών και αυτή της Τριχοπούλου, έχει αναδειχθεί η προστατευτική δράση της μεσογειακής διατροφής όσο αφορά στην ολική θνητότητα και τη θνητότητα από στεφανιαία νόσο ή κακοήθη νοσήματα. Παρόμοια ήταν τα ευρήματα της μεγάλης Ολλανδικής μελέτης HALE, με ελάττωση της ολικής θνητότητας και της οφειλόμενης σε καρδιαγγειακά συμβάντα και κακοήθειες σε πληθυσμό 70-90 ετών.

Στον Ελλαδικό χώρο η μελέτη ΑΤΤΙCΑ έδειξε ότι η προσήλωση σε μεσογειακού τύπου δίαιτα ελαττώνει το στεφανιαίο κίνδυνο τόσο σε νορμοτασικούς όσο και σε υπερτασικούς ασθενείς, ενώ στη μελέτη CARDIO 2000, και οι πάσχοντες από υπερχοληστερολαιμία φάνηκε να έχουν πρόσθετο όφελος από το συνδυασμό μεσογειακής διατροφής με τη χρήση στατίνης. Στη μελέτη, τέλος, της Lyon, μια από τις λίγες μελέτες διατροφικής παρέμβασης, η υιοθέτηση δίαιτας παραπλήσιας με το μεσογειακό πρότυπο φάνηκε να ασκεί προστατευτική δράση σε ασθενείς που είχαν ήδη υποστεί ένα πρώτο έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Όπως διαπιστώνεται από την πυραμίδα, η μεσογειακή διατροφή είναι μία δίαιτα πλούσια σε φρούτα, λαχανικά, όσπρια, δημητριακά, ψάρι και γαλακτοκομικά προϊόντα με χαμηλά λιπαρά. Ο λόγος μονοακόρεστων προς κορεσμένα λίπη διατηρείται υψηλός, με τα κορεσμένα λίπη να αποτελούν μόνο το 7-8% των συνολικά προσλαμβανόμενων θερμίδων. Πρόκειται λοιπόν για ένα μοντέλο διατροφής πλούσιο σε βιταμίνες (B,C,E) αντιοξειδωτικά,

πολυφαινόλες, φυτικές ίνες, ω-3 λιπαρά οξέα, που έχουν συσχετισθεί με βελτίωση της αντίστασης στην ινσουλίνη, βελτίωση της λειτουργικότητας του ενδοθηλίου των αγγείων, βελτιστοποίηση των μηχανισμών πήξης – ινωδόλυσης, καθώς και με σημαντική αντιφλεγμονώδη και αντιοξειδωτική δράση.⁵

- **Τρώτε φρούτα και λαχανικά.**

Μέχρι σήμερα το κατά πόσο μια συγκεκριμένη διατροφή μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψή της, αποτελούσε ένα επίμαχο θέμα μεταξύ των γιατρών και ερευνητών. Αρκετές μελέτες έδειξαν ότι η διατροφή που περιέχει λίγες λιπαρές ουσίες μπορεί να βοηθά. Άλλες έρευνες έδειξαν ότι η διατροφή πλούσια σε φρούτα και λαχανικά είναι το κλειδί για την αποτελεσματική πρόληψη της στεφανιαίας νόσου. Τα φρούτα και λαχανικά περιέχουν μεγάλες ποσότητες φυτικών ινών, κάλλιο, φλαβονοειδείς ουσίες, αντιοξειδωτικές ουσίες όπως η βιταμίνη Γ και η βιταμίνη Ε. Για ν' αποδειχθεί κατά πόσο πράγματι μια διατροφή πλούσια σε φρούτα και λαχανικά είναι αποτελεσματική στην πρόληψη της στεφανιαίας νόσου χρειάζεται μια πολύχρονη μελέτη ανθρώπων που λαμβάνουν μια τέτοια διατροφή.

Στη μελέτη που παρουσιάζουμε σήμερα ερευνητές από το πανεπιστήμιο του Χάρβαρντ μελέτησαν 84.251 γυναίκες για 14 χρόνια και 42.148 άνδρες για 8 χρόνια. Τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα έδιναν λεπτομερή στοιχεία για τον τρόπο διατροφής τους. Κάθε 2 χρόνια έδιναν στοιχεία για την υγεία τους και κατά πόσο είχαν διαγνωσθεί με στεφανιαία νόσο. Τα συμπεράσματά τους ήταν ότι αυτοί που έτρωγαν πολλά φρούτα και λαχανικά είχαν λιγότερες καρδιακές προσβολές. Ιδιαίτερη προστασία εναντίον της στεφανιαίας νόσου φαίνεται να δίνουν τα πράσινα, φυλλώδη λαχανικά και τα φρούτα που είναι πλούσια σε βιταμίνη Γ.

Η κριτική που ασκήθηκε στην πολύ μεγάλη και πολύχρονη αυτή έρευνα είναι ότι αυτοί που έλαβαν μέρος ήταν επαγγελματίες του τομέα της υγείας,

δηλαδή κυρίως νοσοκόμες και γιατροί. Είναι πιθανόν οι διατροφικές τους συνήθειες να είναι διαφορετικές απ' αυτές του υπόλοιπου πληθυσμού. Επίσης ένα άλλο σημείο είναι ότι τα ερωτηματολόγια σχετικά με τη διατροφή, μπορεί να μη συμπληρώνονται σωστά. Επίσης άλλοι παράγοντες μπορεί να επηρεάζουν τα καλύτερα αποτελέσματα σ' αυτούς που τρώνε περισσότερα λαχανικά και φρούτα παρά μόνο η διατροφή η ίδια. Παρ' όλα αυτά οι στατιστικές μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν έδειξαν ότι ανεξάρτητα από άλλους παράγοντες, τα φρούτα ή λαχανικά πλούσια σε βιταμίνη Γ και τα πράσινα φυλλώδη λαχανικά φαίνονται να έχουν προστατευτικά αποτελέσματα εναντίον των στεφανιαίων νοσημάτων της καρδιάς.¹⁸

- **Ψάρι και καρδιοπάθειες**

Λίπος μία λέξη που σχετίζεται με παχυσαρκία, παθήσεις, προβλήματα στην καρδιά . Ένα συστατικό του διαιτολογίου μας που προσπαθούμε να το αποφύγουμε γιατί το έχουμε συσχετίσει με κάτι μη υγιεινό. Είναι όμως έτσι ; Είναι πραγματικά το λίπος κάτι κακό για τον οργανισμό μας; Εν μέρει ναι. Τα λίπη ανάλογα με κάποια χημικά χαρακτηριστικά τους διακρίνονται σε κορεσμένα, μονοακόρεστα & πολυακόρεστα. Τα κορεσμένα λίπη είναι τα ουσιαστικά βλαβερά συστατικά του διαιτολογίου μας. Περιέχονται γενικά στα πλήρη γαλακτοκομικά προϊόντα & στα κρέατα. Συστήνεται να μην υπερβαίνουν το 10% των ημερησίων αναγκών σε θερμίδες. Στα μονοακόρεστα λίπη (ελαιόλαδο) έχουν αποδοθεί, σε ορισμένες δοσολογίες, ευεργετικές ιδιότητες. Τα πολυακόρεστα λίπη διακρίνονται και αυτά με την σειρά τους σε δύο κατηγορίες: στα ω-3 & στα ω-6 λιπαρά οξέα. Τα ω-6 βρίσκονται στους σπόρους τροφών του φυτικού βασιλείου ενώ τα ω-3 στα ψάρια. Μια πολύ μικρή διαφοροποίηση στη χημική τους δομή αρκεί για να τους προσδώσει εντελώς διαφορετικές ιδιότητες.

Έρευνες που έγιναν στους Εσκιμώους ανέδειξαν τις πραγματικά σπουδαίες ιδιότητες των περιψημων πια ω-3 λιπαρών οξέων. Ειδικότερα δε, αν και οι Εσκιμώοι καταναλώνουν ιδιαίτερα μεγάλες ποσότητες λιπών & χοληστερόλης τα κρούσματα αθηροσκλήρυνσης είναι ελάχιστα. Ανάλυση των διατροφικών τους συνηθειών έδειξαν πως η κατανάλωση λιπών προερχόμενα από τα ψάρια ξεπερνάει το 20% της ημερήσιας ενεργειακής κάλυψης & έρευνες που ακολούθησαν απέδειξαν την αντιθρομβωτική δράση των ω-3 λιπαρών οξέων των ψαριών.

Το EPA (εικοσιπεντανοϊκό οξύ) και το DHA (εικοσιδιπεντανοϊκό οξύ) είναι τα πιο γνωστά ω-3 λιπαρά οξέα. Αυτά ευθύνονται για τη σύνθεση ειδικών ουσιών όπως οι προσταγλαδίνες, οι θρομβοξάνες και οι λευκοτριένες που βρέθηκε ότι συμβάλλουν αρνητικά στη δημιουργία αθηρηματογόνου πλάκας. Σύγχρονες έρευνες έχουν δείξει πως μειώνουν τη σύνθεση λιποπρωτεϊνών πολύ χαμηλής πυκνότητας VLDL από το συκώτι, καθώς επίσης συμβάλλουν στη γρήγορη απομάκρυνση τους από το αίμα. Χαρακτηριστικό είναι πως οι ιδιότητες αυτές χαρακτηρίζουν μόνο τη δράση των ω-3 λιπαρών οξέων και όχι των συγγενών τους ω-6 λιπαρών οξέων.

Βέβαια όλα τα ψάρια δεν αποτελούν καλή πηγή για το EPA και το DHA. Έτσι ψάρια με μεγάλη περιεκτικότητα σε λίπος όπως ρέγκα, σκουμπρί, σολομός, κολιός κ.α αποτελούν καλύτερες πηγές απ' ότι ψάρια με μικρότερη περιεκτικότητα όπως ο βακαλάος.

Έτσι οι διαιτολόγοι σήμερα συστήνουν 2 - 4 γρ. από ω-3 λιπαρά οξέα για προληπτική αντιθρομβωτική δράση, ενώ δόσεις από 4 - 24 γρ. φαίνεται πως μειώνουν δραστικά τα επίπεδα των λιπιδίων στο αίμα. Πολλές έρευνες επίσης έδειξαν ότι τα ιχθυέλαια είναι πιο αποτελεσματικά & από την δράση της ασπιρίνης. Γίνεται λοιπόν φανερό πως η ευεργετική δράση των ψαριών στην μείωση των επιπέδων των λιπιδίων & συνεπώς στην μείωση των κρουσμάτων αθηροσκλήρυνσης τα καθιστά ως υπερπολύτιμη τροφή. Μπορεί να μην έχουν

την ίδια περιεκτικότητα σε βιταμίνες & ιχνοστοιχεία με το κόκκινο κρέας έχουν όμως πολύ μικρότερη ποσότητα κορεσμένου λίπους. Μάλιστα μεγάλες ποσότητες από ω3 λιπαρά οξέα θεωρούνται ιδιαίτερα ευεργετικές στην καταναλωτική εποχή που ζούμε. Έτσι σύγχρονες απόψεις διατροφής συστήνουν αντικατάσταση του κορεσμένου λίπους του διαιτολογίου μας από πολυακόρεστα λίπη δηλαδή κατανάλωση ψαριών 2 - 3 φορές την εβδομάδα, ιδιαίτερα τώρα το καλοκαίρι που τα συναντούμε σε αφθονία.¹⁹

- **Η μεσογειακή διαίτα και το ελαιόλαδο**

Τον τελευταίο καιρό όλο και περισσότεροι επιστήμονες εξυμνούν τα ευεργετικά για την υγεία αποτελέσματα της κατανάλωσης ελαιολάδου, γεγονός που οδηγεί τους Αμερικάνους αλλά και τους Ευρωπαίους να στραφούν προς τη «μεσογειακή διαίτα». Επίσης, όλο και περισσότερο επικρατεί η αντίληψη ότι το ελαιόλαδο είναι το «καλό λίπος». Το έλαιο αυτό είχε, κατά λάθος, καταχωρηθεί στην ίδια κατηγορία με τα πολυακόρεστα λίπη. Τα πολυακόρεστα παραμένουν μία καλύτερη επιλογή από το ζωικό λίπος, είναι όμως λιγότερο αποτελεσματικά από το ελαιόλαδο στη μείωση της περιεκτικότητας του αίματος σε LDL, της «κακής» δηλαδή χοληστερίνης, και τη διατήρηση της HDL, δηλαδή της «καλής» χοληστερίνης. Ακόμη, πολλοί εμπειρογνώμονες πιστεύουν πως η κατανάλωση ελαιόλαδου συμβάλλει στην μείωση των καρδιακών παθήσεων, πράγμα που αποτελεί πλεονέκτημα των λαών των Μεσογειακών χωρών.

Η μεσογειακή κουζίνα είναι αναμφίβολα νόστιμη και απολαυστική. Σύμφωνα, όμως, με τα ευρήματα της έρευνας του επιδημιολόγου Ancel Keys, η κουζίνα αυτή είναι και εξαιρετικά υγιεινή. Η πασίγνωστη μελέτη του των «Επτά χωρών» το αποδεικνύει. Ο Keys και οι συνάδελφοι του ερεύνησαν τη διατροφή και την υγεία περίπου 13.000 ανδρών. Το μεγαλύτερο ποσοστό καρδιακών παθήσεων παρουσιάστηκε στην Φινλανδία, όπου στη διατροφή των ανδρών, το

40% των θερμίδων προερχόταν από λίπος. Το χαμηλότερο ποσοστό παρουσιάστηκε στην Κρήτη, όπου το 40% των θερμίδων προερχόταν επίσης, από λίπος. Η διαφορά ήταν στο είδος του λίπους. Οι Φινλανδοί καταναλώναν κρέας και γαλακτοκομικά, ενώ οι Κρήτες απολάμβαναν ελαιόλαδο.

Τον Ιανουάριο του 1995 δημοσιεύτηκαν στο Επιστημονικό περιοδικό του Αμερικάνικου Εθνικού Αντικαρκινικού Ιδρύματος, τα πορίσματα μιας σημαντικής έρευνας, ομάδας ερευνητών του Πανεπιστημίου του Harvard. Σύμφωνα μ' αυτή την έρευνα, «όσες γυναίκες καταναλώνουν ελαιόλαδο περισσότερες από μία φορά την ημέρα, έχουν 25% λιγότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν καρκίνο του μαστού, από εκείνες που τρώνε λάδι ελιάς σπανιότερα». ²⁰

- **Στεφανιαία Νόσος και Αλκοόλ**

Ποικίλες είναι οι επιδράσεις που έχει το αλκοόλ στην καρδιαγγειακή λειτουργία. Έτσι με τα σημερινά επιστημονικά δεδομένα η κατανάλωση μικρών ποσοτήτων αλκοόλ καθημερινά φαίνεται να προφυλάσει από τη στεφανιαία νόσο. Από την άλλη η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει από αύξηση λιπιδίων του αίματος μέχρι αλκοολισμό, παχυσαρκία και ηπατική κίρρωση. Έτσι απαιτείται η προσοχή στις συστάσεις για καθημερινή κατανάλωση αλκοόλ καθώς εσφαλμένη χρήση του έχει ολέθριες συνέπειες για τον οργανισμό. Περισσότερες ευεργετικές ιδιότητες από τα υπόλοιπα αλκοολούχα ποτά φαίνεται να έχει το κόκκινο κρασί και ακολούθως η μπύρα.

- **Στεφανιαία Νόσος και κόκκινο κρασί**

Το Γαλλικό Παράδοξο συμβαίνει σε μία περιοχή της Γαλλίας όπου έχουν παραγωγή κόκκινου κρασιού. Αυτή η περιοχή έχει το μικρότερο ποσοστό στεφανιαίας νόσου στην Ευρώπη, πράγμα που φαίνεται να οφείλεται στην

καθημερινή κατανάλωση κόκκινου κρασιού. Βέβαια για να φτάσουμε σε ασφαλή συμπεράσματα πρέπει να γίνουν επιδημιολογικές μελέτες, καθώς το κόκκινο κρασί φαίνεται να έχει ποικίλες επιδράσεις στον ανθρώπινο οργανισμό.⁵

Β΄ ΜΕΡΟΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

i. Ορισμός

Νοσηλευτική διεργασία: είναι η συστηματική, επιστημονική επίλυση ενός προβλήματος στην πράξη.

Είναι μία σειρά από σχεδιασμένες ενέργειες προκειμένου να ικανοποιηθούν οι ανάγκες και να επιλυθούν τα προβλήματα του ασθενούς και της οικογένειάς του.²¹

ii. Πρώτο περιστατικό

Εισήλθε στην καρδιολογική μονάδα άρρωστος ηλικίας 50 ετών, υπερτασικός, χρόνιος καπνιστής και παχύσαρκος, με τα εξής συμπτώματα: έντονο θωρακικό πόνο, εφιδρώσεις, αδυναμία και έντονη ανησυχία. Από τις εργαστηριακές εξετάσεις που του έγιναν διεγνώσθη ότι ο άρρωστος πάσχει από ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ (Ο.Ε.Μ). Παραμένει στην κλινική για θεραπεία και αποκατάσταση.

Στάδια Νοσηλευτικής Διεργασίας

1 ^ο Στάδιο	2 ^ο Στάδιο	3 ^ο Στάδιο	4 ^ο Στάδιο	5 ^ο Στάδιο
Αξιολόγηση αρρώστου	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου λόγω πέρτασης και απνίσματος	- Αντιμετώπιση του προβλήματος (OEM) σε σύντομο χρονικό διάστημα	-Εισαγωγή αρρώστου σε μονάδα εμφραγμάτων και σύνδεση του με μόνιτορ - Τοποθέτηση αρρώστου σε πλήρη θεραπευτική ανάπαυση - Χορήγηση οξυγόνου (4 L/ min) με ρινικό καθετήρα με ιατρική οδηγία. Το <u>οξυγόνο</u> ελαττώνει τη συχνότητα εμφάνισης αρρυθμιών, γιατί καθιστά το μυοκάρδιο λιγότερο διεγέρσιμο, με μείωση της υποξίας του. Ακόμη, για τον ίδιο λόγο, μειώ- νει τον πόνο.	- Τοποθετήθηκε ο άρρωστος στη μονάδα εμφραγμάτων και συνδέθηκε με μόνιτορ -Τοποθετήθηκε ο άρρωστος σε πλήρη θεραπευτική ανάπαυση - Χορηγήθηκε οξυγόνο (4 L/ min) με ρινικό καθετήρα με ιατρική οδηγία	Με την εφαρμογή της παραπάνω νοσηλευτικής φροντίδας ο άρρωστος θεραπεύτηκε κα- πετύχαμε την αποκατάστασή του στον οικογε- νειακό και εργασιακό του χώρο

		<p>3^ο Στάδιο (συνέχεια)</p> <p>- Χορήγηση νιτρογλυκερίνης (20 µg/min IV) σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p> <p><u>Η Νιτρογλυκερίνη:</u> Μειώνει τον πόνο διαστέλλοντας τα επικαρδιακά στεφανιαία, μειώνει την πιθανότητα κοιλιακής μαρμαρυγής και τη θνητότητα. Απαραίτητη προϋπόθεση πριν την χορήγησή της η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης, διότι μπορεί να προκαλέσει συστηματική υπόταση και να συμβάλει στην ανάπτυξη shock και αρρυθμιών.</p> <p>- Χορήγηση θεικής μορφίνης (2-4 mg IV κάθε 5' ανάλογα με τον πόνο). Με ιατρική οδηγία</p> <p><u>Η θεική μορφίνη:</u> Δρα ως αναλγητικό και αγχολυτικό φάρμακο για τον ισχαιμικό καρδιακό πόνο. Προκαλεί περιφερική διαστολή αρτηριών και φλεβών. Απαραίτητη προϋπόθεση πριν την χορήγησή της η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης διότι μπορεί να προκληθεί υπόταση και να συμβάλει στην ανάπτυξη shock και αρρυθμιών.</p>	<p>4^ο Στάδιο (συνέχεια)</p> <p>- Χορηγήθηκε νιτρογλυκερίνη (20 µg/min IV) με ιατρική οδηγία</p> <p>- Χορηγήθηκε θεική μορφίνη (2-4 mg IV κάθε 5' ανάλογα με το πόνο) με ιατρική οδηγία</p>	
--	--	---	--	--

		<p>3^ο Στάδιο (συνέχεια)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση ασπιρίνης (160-325 mg PO) με ιατρική οδηγία. Η <u>Ασπιρίνη</u>: Αναστέλλει τη συγκόλληση των αιμοπεταλίων. - Χορήγηση θρομβολυτικής θεραπείας (χορήγηση στρεπτοκινάσης 1,5 εκατομ.μονάδες IV σε 1 ώρα) με ιατρική οδηγία. Η <u>θρομβολυτική θεραπεία</u> (στρεπτοκινάση): Η θρομβόλυση αποκαθιστά τη βατότητα των στεφανιαίων, βελτιώνει τη λειτουργικότητα του μυοκαρδίου και μειώνει τη θνητότητα. - Λήψη μέτρων για πρόληψη, έγκαιρη διαπίστωση και αντιμετώπιση επιπλοκών -Εφαρμογή προγράμματος διδασκαλίας (βάσει του ιστορικού του αρρώστου) για: προσκόλληση στο διαιτολόγιο που καταρτίστηκε γι' αυτόν (με τις τροποποιήσεις σε θερμίδες, λίπη και νάτριο), διακοπή καπνίσματος & αλκοόλ, προσκόλληση στη φαρμακευτική αγωγή που δόθηκε από το γιατρό Το <u>κάπνισμα</u>: Το εισπνεόμενο μονοξείδιο του άνθρακα μειώνει την ικανότητα του αίματος να μεταφέρει οξυγόνο και επομένως επιδεινώνει τη μυοκαρδιακή υποξία. 	<p>4^ο Στάδιο (συνέχεια)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Χορηγήθηκε ασπιρίνη (160-325 mg PO) με ιατρική οδηγία - Χορηγήθηκε θρομβολυτική θεραπεία (χορήγηση στρεπτοκινάσης 1,5 εκατομ.μονάδες IV σε 1 ώρα) με ιατρική οδηγία - Διδάξαμε τον άρρωστο για: <ul style="list-style-type: none"> α) Προσκόλληση στο διαιτολόγιο που του καταρτίστηκε (προσαρμογή αρρώστου σε μεσογειακό μοντέλο διατροφής) β) Διακοπή καπνίσματος και αλκοόλ γ) Προσκόλληση στη φαρμακευτική αγωγή που του δόθηκε από το γιατρό του δ) Αποφυγή κόπωσης ε) Καθημερινό βάδισμα 	
--	--	--	--	--

		3^ο Στάδιο (συνέχεια) αποφυγή κόπωσης, πρόγραμμα άσκησης για βελτίωση της καρδιαγγειακής λειτουργικής ικανότητας (καθημερινό βάδισμα), συχνή μέτρηση αρτηριακής πίεσης και λήψη μέτρων για διατήρηση της αρτηριακής πίεσης σε φυσιολογικά επίπεδα.	4^ο Στάδιο (συνέχεια) στ) Συχνή λήψη της αρτηριακής πίεσης και πώς να αντιμετωπίσει την αρτηριακή υπέρταση	
--	--	--	--	--

iii. Δεύτερο περιστατικό

Εισήλθε στην καρδιολογική μονάδα άρρωστη ηλικίας 58 ετών, παχύσαρκη, χρόνια καπνίστρια με τα εξής συμπτώματα: οξύ οπισθοστερνικό πόνο, αίσθημα αδυναμίας στα άνω άκρα, μεγάλη αγωνία και ταχυκαρδία. Από τις εργαστηριακές εξετάσεις που της έγιναν διεγνώσθη ότι η άρρωστη πάσχει από ΣΤΗΘΑΓΧΗ. Παραμένει στην κλινική για θεραπεία και αποκατάσταση.

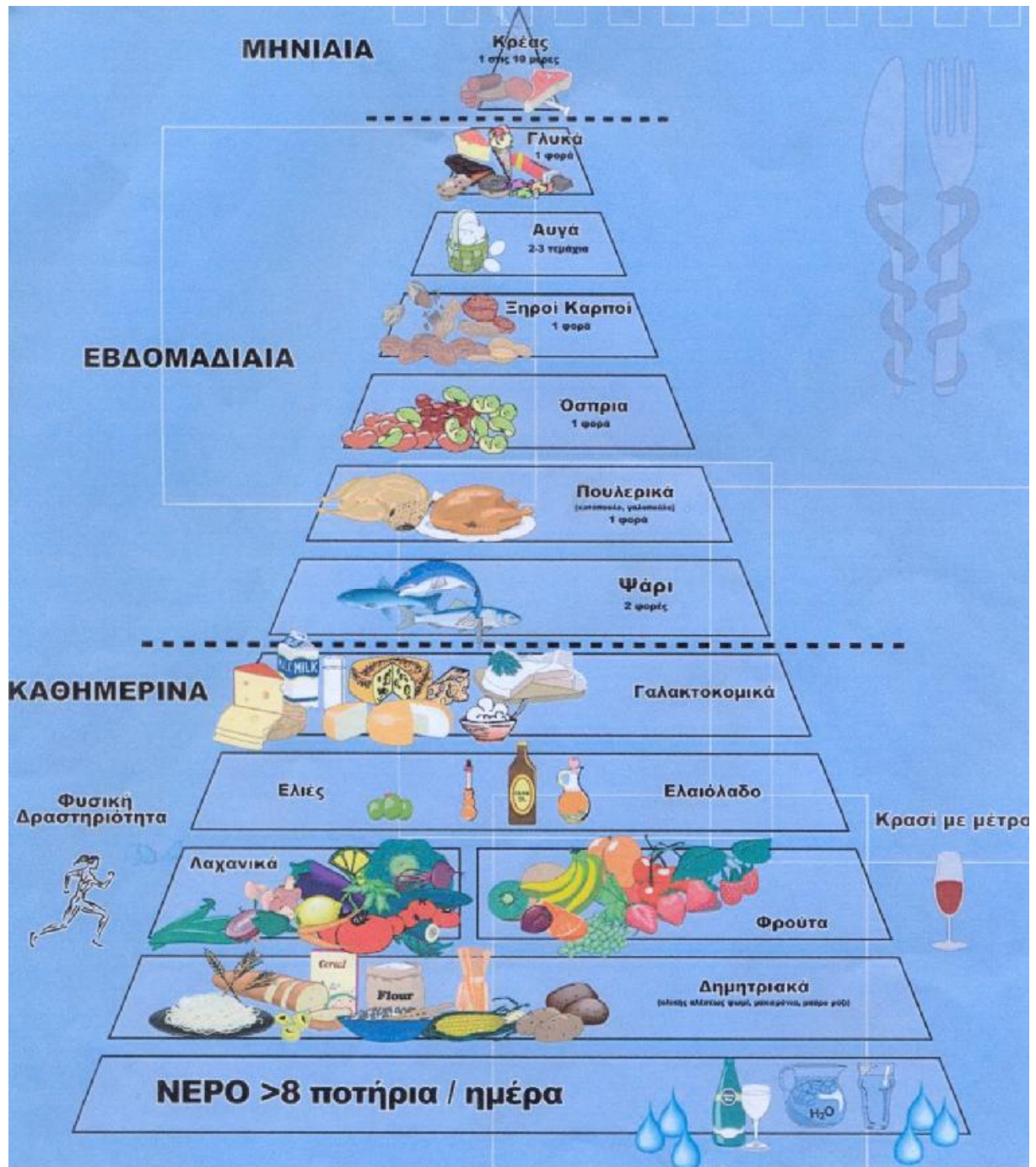
Στάδια Νοσηλευτικής Διεργασίας

1 ^ο Στάδιο	2 ^ο Στάδιο	3 ^ο Στάδιο	4 ^ο Στάδιο	5 ^ο Στάδιο
Αξιολόγηση αρρώστου	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Στηθάγχη λόγω παχυσαρκίας, ντονης σωματικής κόπωσης και φυγικησιακού στρες.	- Αντιμετώπιση Στηθάγχης σε σύντομο χρονικό διάστημα	- Τοποθέτηση άρρωστης σε αναπαυτική θέση. -Συνεχής λήψη ζωτικών σημείων - Χορήγηση αγχολυτικών φαρμάκων στην άρρωστη με ιατρική οδηγία. - Χορήγηση νιτρογλυκερίνης υπογλώσσια με ιατρική οδηγία.	- Τοποθετήθηκε η άρρωστη σε αναπαυτική θέση. - Έγινε συνεχής λήψη ζωτικών σημείων. - Χορηγήθηκαν στην άρρωστη αγχολυτικά φάρμακα με ιατρική οδηγία. - Χορηγήθηκε στην άρρωστη υπογλώσσια νιτρογλυκερίνη με ιατρική οδηγία.	Με την εφαρμογή της παραπάνω νοσηλευτικής φροντίδας η άρρωστη θεραπεύτηκε και πετύχαμε την αποκατάστασή της στο οικογενειακό και εργασιακό της περιβάλλον.

		3^ο Στάδιο (συνέχεια)	4^ο Στάδιο (συνέχεια)	
		<p><u>Η Νιτρογλυκερίνη:</u> Μειώνει τον πόνο διαστέλλοντας τα επικαρδιακά στεφανιαία, μειώνει την πιθανότητα κοιλιακής μαρμαρυγής και τη θνητότητα. Απαραίτητη προϋπόθεση πριν την χορήγησή της η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης, διότι μπορεί να προκαλέσει συστηματική υπόταση και να συμβάλει στην ανάπτυξη shock και αρρυθμιών.</p> <p>- Διδασκαλία άρρωστης (βάσει ιστορικού) για:</p> <p>α) Να χρησιμοποιεί μέτρο σε όλες τις δραστηριότητες της, ώστε να μην προκαλείται αίσθημα δυσχέρειας στο θώρακα, βράχυνση αναπνοής και κόπωση.</p> <p>β) Να αποφεύγει καταστάσεις που δημιουργούν συγκινησιακό στρες.</p> <p>γ) Να αποφεύγει το πολύ φαγητό.</p> <p>δ) Να μειώσει το σωματικό της βάρος για να ελαττωθεί το έργο της καρδιάς.</p> <p>ε) Να αποφεύγει τα ροφήματα που περιέχουν καφεΐνη. Προκαλούν αρρυθμίες σε επιρρεπή άτομα.</p> <p>στ) Να ακολουθήσει συγκεκριμένο πρόγραμμα διατροφής (δίαιτα). Προσαρμογή άρρωστης σε μεσογειακό μοντέλο διατροφής.</p> <p>ζ) Να σταματήσει το κάπνισμα.</p>	<p>- Διδάξαμε την άρρωστη για:</p> <p>α) Να χρησιμοποιεί μέτρο σε όλες τις δραστηριότητές της</p> <p>β) Να αποφεύγει καταστάσεις που δημιουργούν συγκινησιακό στρες.</p> <p>γ) Να αποφεύγει το πολύ φαγητό.</p> <p>δ) Να μειώσει το σωματικό της βάρος.</p> <p>ε) Να αποφεύγει τα ροφήματα που περιέχουν καφεΐνη.</p> <p>στ) Να ακολουθεί συγκεκριμένο πρόγραμμα διατροφής. Να προσαρμοστεί σε μεσογειακό μοντέλο διατροφής.</p> <p>ζ) Να σταματήσει το κάπνισμα.</p> <p>η) Να αλλάξει θέσεις και συνήθειες ζωής.</p>	

		<p>3^ο Στάδιο (συνέχεια)</p> <p>Το <u>κάπνισμα</u>: Το εισπνεόμενο μονοξείδιο του άνθρακα μειώνει την ικανότητα του αίματος να μεταφέρει οξυγόνο και επομένως επιδεινώνει τη μυοκαρδιακή υποξία.</p> <p>η) Να αλλάξει θέσεις της και συνήθειες ζωής ώστε να προσαρμόζετε καλύτερα στα στρες της ζωής.</p> <p>- Ενημέρωση της άρρωστης να έχει πάντα μαζί της νιτρογλυκερίνη.</p>	<p>4^ο Στάδιο (συνέχεια)</p> <p>- Ενημερώθηκε η άρρωστη να έχει πάντα μαζί της νιτρογλυκερίνη.</p>	
--	--	---	---	--

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



<http://www.medicaldiet.gr>



<http://www.boukitsa.gr>



<http://www.arosis.gr>



<http://www.nline.gr>



<http://www.parapolitika.gr>



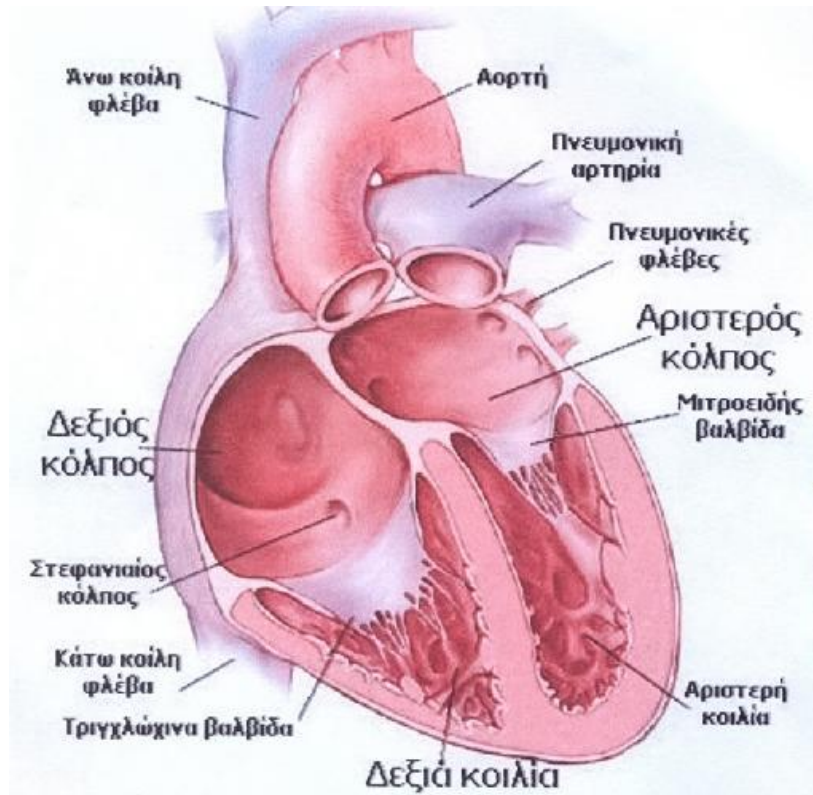
<http://www.sintagigiagias.gr>



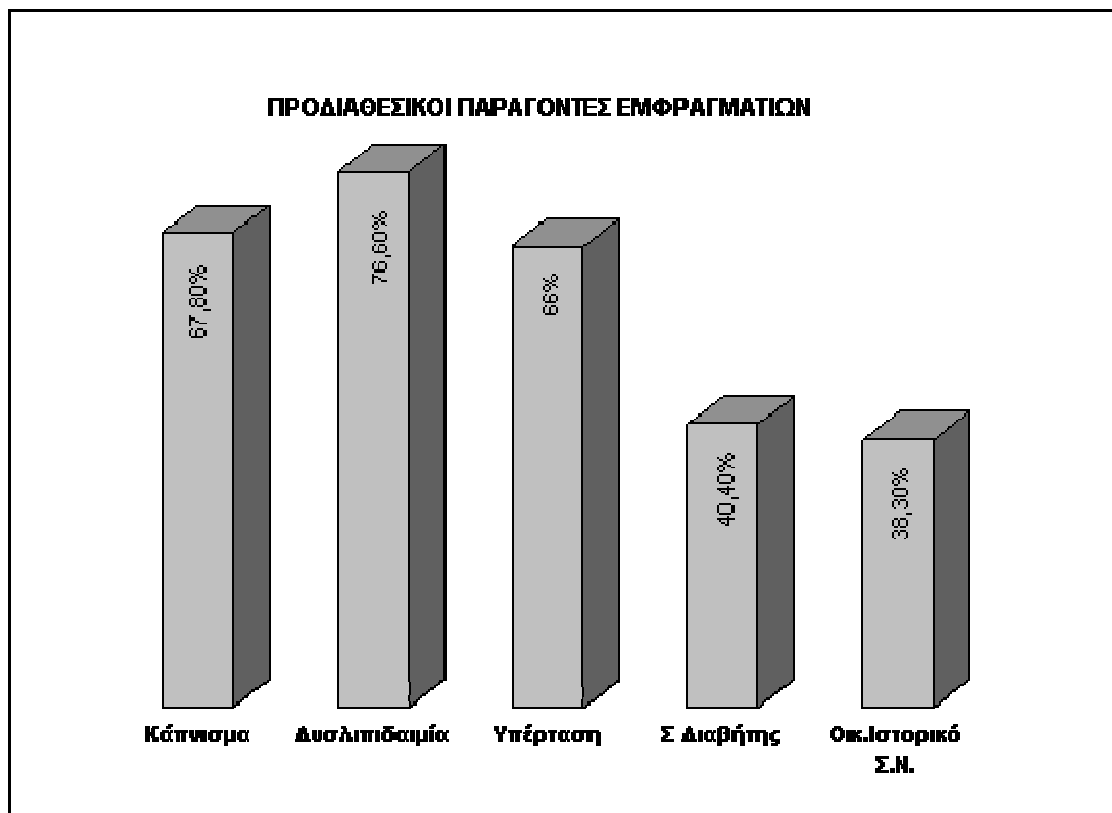
<http://www.etwinning.sch.gr>



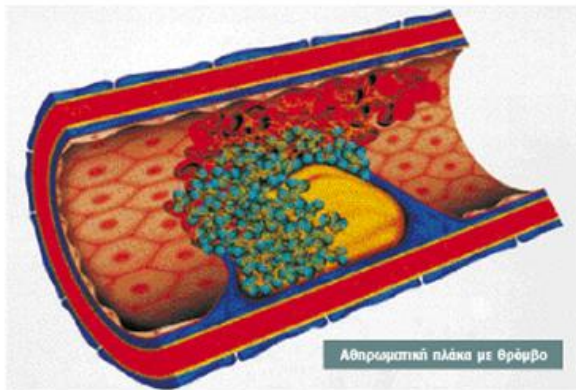
<http://www.boukitsa.gr>



<http://www.ergasia-press.gr>



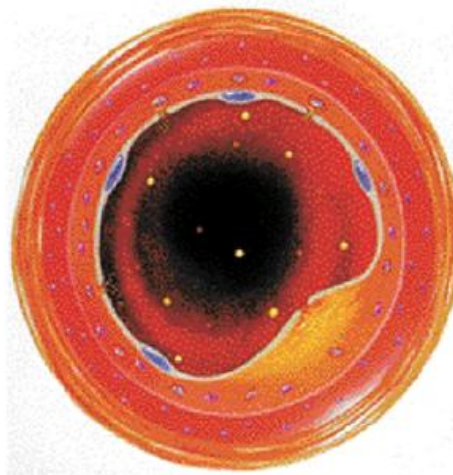
<http://www.chios-medical.gr>



Αθροματική πλάκα με θρόμβο

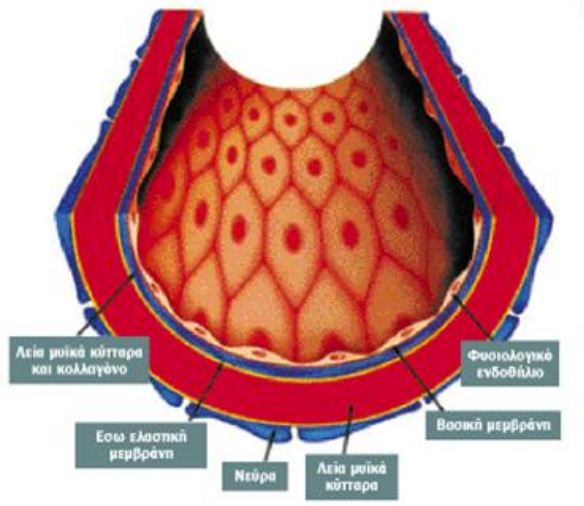
Εικόνα 1

Σχηματική παράσταση μιας στεφανιαίας αρτηρίας. Φαίνονται η αθροματική πλάκα και τα λιπίδια που περιβάλλει με κίτρινο χρώμα. Με μπλε και κόκκινο χρώμα παραστάται ο θρόμβος (πήγμα αίματος) που φράζει πλήρως τον αυλό της αρτηρίας. Η περιοχή που αρδεύεται από την αρτηρία νεκρώνεται και έχουμε έμφραγμα του μυοκαρδίου



Εικόνα 2

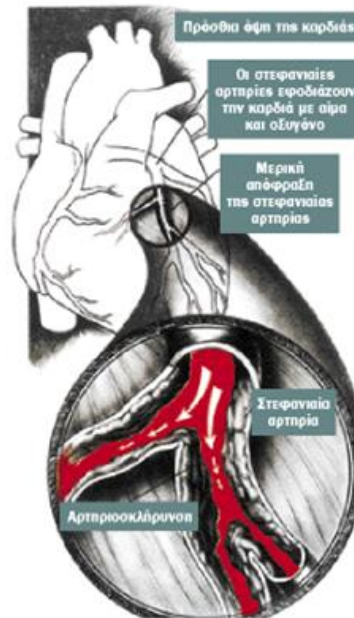
Το τοίχωμα φυσιολογικής αρτηρίας σε σχηματική παράσταση. Τα κύτταρα σχηματίζουν ένα συνεχές στρώμα



Αξια μυϊκά κύτταρα και κολλαγόνο
 Φυσιολογικό ενδοθήλιο
 Βασική μεμβράνη
 Εσω ελαστική μεμβράνη
 Νεύρα
 Αξια μυϊκά κύτταρα

Εικόνα 3

Σχηματική παράσταση μιας στεφανιαίας αρτηρίας της καρδιάς. Η αθροματική πλάκα που έχει δημιουργηθεί δεν προκαλεί οξεία στένωση του αυλού



Πρόσθια όψη της καρδιάς

Οι στεφανιαίες αρτηρίες εφοδιάζουν την καρδιά με αίμα και οξυγόνο

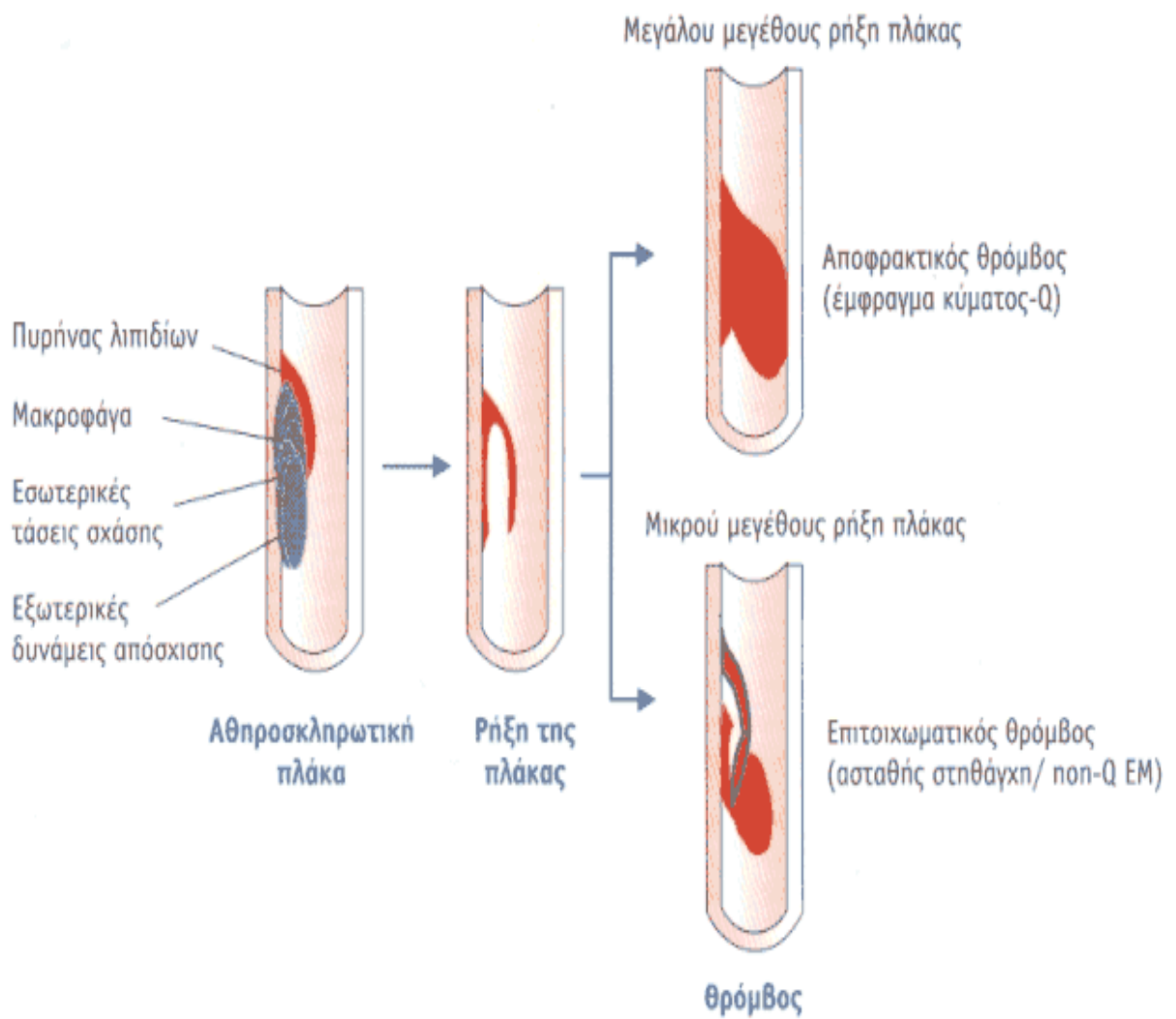
Μερική απόφραξη της στεφανιαίας αρτηρίας

Στεφανιαία αρτηρία

Αρτηριοσκλήρυνση

Εικόνα 4

Σχηματική παράσταση της καρδιάς και των στεφανιαίων αρτηριών. Στην υπό μεγέθυνση περιοχή φαίνεται η στένωση του αυλού των αρτηριών από την αρτηριοσκλήρυνση, με αποτέλεσμα την ανεπαρκή αιμάτωση του μυοκαρδίου



<http://www.incardiology.gr>

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Κούνης Ν., «Διαλέξεις Παθολογίας ΙΙ», Εκδόσεις: ΤΕΙ, Πάτρα 2003.
2. Πάνου Μ., Σαχίνη–Καρδάση Α., «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική», Β΄ έκδοση, 2^{ος} Τόμος, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1997.
3. Παναγούλης Χ., Στεφανιαία Νόσος – Πρόληψη και Αντιμετώπιση.
Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: http://gna-gennimatas.gr/pathologikos/kardiologiko/stef._nosos/CAD.htm (28/5/2009).
4. Περί Διατροφής. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο:
<http://www.chem.uoa.gr/courses/undergraduate/Diatrofi/1.pdf> (5/7/2009).
5. Τσεκούρας Γ. « Συσχέτιση Διατροφικών Συνηθειών, Βιοχημικών δεικτών και Ανθρωπομετρικών Παραμέτρων στη Στεφανιαία Νόσο», Εκδόσεις Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα 2007.
6. Τριχοπούλου Α., «Μεσογειακή Διατροφή: Έκφραση πολιτισμού, ιστορίας και τρόπου ζωής». Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.arosis.gr> (10/5/2009).
7. Serge R. «Η Μεσογειακή Διατροφή: Κρητική Δίαιτα», Εκδόσεις Τραυλός, Αθήνα 2001.
8. Υγιεινή Διατροφή – θρεπτικές ουσίες. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο:
<http://woman-life.ucoz.com> (7/7/2009).
9. Μοσχοβάκη Α. (2007). Ομορφιά – Δίαιτα: Ποιο είναι το ιδανικό βάρος;
Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.olafree.com> (10/7/2009).
10. Φυσιολογικό ή Ιδανικό Βάρος. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο:
<http://www.ygeia.pblogs.gr> (10/5/2009).
11. Φοντορ Χ. (2009). Η Χοληστερόλη στη διατροφή μας.
Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.chemist.gr> (17/7/2009).
12. Διατροφή – άρθρα. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο:
<http://www.diatrofimagazine.gr> (17/7/2009).

- 13.** Χοληστερόλη: Τα καλά, τα παράδοξα και οι κίνδυνοι της.
Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.medlook.net> (3/8/2009).
- 14.** Φιλιππίδης Ν. Οι επιπτώσεις της υψηλής χοληστερίνης.
Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.aoda.gr> (1/8/2009).
- 15.** Πατσιάλας Θ. Υπερλιπιδαιμίες – άρθρα.
Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.patsialas.gr> (18/7/2009).
- 16.** Μακρής Α. (2007). Κερδίστε τη μάχη της χοληστερόλης και της ζωής.
Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.health.in.gr> (3/8/2009).
- 17.** Χρυσό μετάλλιο στα ανθυγιεινά. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο:
<http://www.naturalfitness.pblogs.gr> (15/8/2009).
- 18.** Πρόληψη για τη Στεφανιαία Νόσο της Καρδιάς: Τρώτε φρούτα και λαχανικά.
Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.medlook.net> (10/7/2009).
- 19.** Ισχαιμική Καρδιοπάθεια και Δίαιτα. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο:
<http://www.iatronet.gr> (5/5/2009).
- 20.** Η Μεσογειακή Δίαιτα και το Ελαιόλαδο.
Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.diet-net.gr> (3/6/2009).
- 21.** Σαββοπούλου Γ. «Βασική Νοσηλευτική», Γ΄ έκδοση,
Εκδόσεις: Η Ταβιθά, Αθήνα 2003.

