

Η θεραπεία της υπέρτασης χωρίς φάρμακα

Απώνιος Λαγουράνης
Παθολόγος - Νεφρολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών,
Δ/ντής Μονάδας Τεχνητού Νεφρού ΓΝ Αθηνών
"ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ"

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες έχει επιτευχθεί μεγάλη πρόοδος στη φαρμακευτική αντιμετώπιση της υπέρτασης. Η πληθώρα όμως των σύγχρονων αντιυπερτασικών ουσιών, που έχουμε στη διάθεσή μας, έχει οδηγήσει στην υποτίμηση του σημαντικού ρόλου των διαφόρων απλών υγιεινοδιαιτητικών μέσων, στην πρόληψη και τη θεραπεία, κυρίως, της ιδιοπαθούς (πρωτοπαθούς) υπέρτασης (της υπέρτασης που δεν οφείλεται σε συγκεκριμένα παθολογικά αίτια και η οποία καλύπτει το 90-95% των περιπτώσεων).

Σε ήπια υπέρταση, αλλά και σε βαρύτερες περιπτώσεις, η μη φαρμακευτική αγωγή από μόνη της, συχνά, ελέγχει επαρκώς την αρτηριακή πίεση (ΑΠ), χωρίς να χρειάζεται φαρμακευτική θεραπεία ή τουλάχιστον την αναβάλλει για απώτερο χρόνο. Στην περίπτωση που η προσφυγή στη φαρμακευτική αντιμετώπιση του προβλήματος είναι αναπόφευκτη, τα υγιεινοδιαιτητικά μέσα θα συμβάλουν κατά πολύ στη μείωση της απαιτούμενης δοσολογίας των φαρμάκων και, ως εκ τούτου, θα ελαττώσουν, σε μεγάλο βαθμό, όχι μόνο τις γνωστές, αλλά και τις άγνωστες, επί του παρόντος, ανεπιθύμητες ενέργειές τους (παρενέργειες). Ιδιαίτερα τις άγνωστες, διότι, παρότι σήμερα γνωρίζουμε πολύ περισσότερα, σε σχέση με το παρελθόν, για τον τρόπο δράσης (*modus operandi*) των φαρμάκων, εξακολουθεί ως ένα βαθμό να ισχύει το υπό του Βολταίρου ρηθέν, δηλαδή ότι "οι γιατροί χορηγούν φάρμακα για τα οποία γνωρίζουν πάρα πολύ λίγα, σε σώματα για τα οποία γνωρίζουν ακόμα λιγότερα, για να θεραπεύσουν αρρώστιες για τις οποίες δεν ξέρουν τίποτα".

Η χωρίς φάρμακα θεραπεία της υπέρτασης περιλαμβάνει, κυρίως, τα κάτωθι:

1. Μείωση του σωματικού βάρους, επί παχυσαρκίας.
2. Αύξηση της μυϊκής δραστηριότητας (σωματική άσκηση).
3. Διακοπή του καπνίσματος.
4. Μείωση του άγχους και άλλων καταστάσεων αρνητικού stress (*distress*) με διάφορες, τροποποιητικές της συμπεριφοράς, μεθόδους, που τις διακρίνουμε σε :
 - α) μεταφυσικού-τελετουργικού τύπου (διαλογισμός, ύπνωση, γιόγκα).
 - β) μη τελετουργικού τύπου.
5. Διαιτητικό περιορισμό του χλωριούχου νατρίου (επιτραπέζιο αλάτι).
6. Δίαιτα "υψηλού" καλίου (άφθονα φρούτα και λαχανικά, στα πλαίσια της υγιεινής διατροφής).
7. Αποφυγή κατάχρησης οιοπνευματωδών,

καφέ και άλλων τοξικών ουσιών.

8. Επαρκή ανάπαυση και ύπνο.

Μεταξύ αυτών των μέσων υπάρχει μεγάλη αλληλεπίδραση. Π.χ., η αύξηση της σωματικής δραστηριότητας, πέραν της ευεργετικής επενέργειας που ασκεί αυτή καθ' εαυτήν στην πτώση της ΑΠ, θα συμβάλει κατά πολύ και στη μείωση του σωματικού βάρους και, επομένως, θα βοηθήσει και μέσα από αυτή την επίδραση. Η ελάττωση του σωματικού βάρους, με τη σειρά της, θα προδιαθέσει τον ασθενή για περισσότερη κινητοποίηση. Η μείωση του άγχους, με διάφορες μεθόδους, συνεπάγεται ευκολότερη διακοπή του καπνίσματος, αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του αλκοολισμού και της παχυσαρκίας, ιδίως σε άτομα στα οποία το κάπνισμα, η κατάχρηση οινοπνεύματος και η λαιμαργία αποτελούν συμπτώματα διαφόρων συγκινησιακών εντάσεων, ανασφαλειών, καθώς και διεξόδους καταπιεσμένων συναισθημάτων. Το συνολικό ευεργετικό αποτέλεσμα, που προκύπτει από δύο ή περισσότερους υγιεινούς παράγοντες, είναι πολύ μεγαλύτερο από το απλό άθροισμα των θετικών επιδράσεων που ασκεί, χωριστά ο καθένας από αυτούς, διότι υπάρχει δυναμική σχέση μεταξύ τους και όταν έχουμε να κάνουμε με βιολογικά φαινόμενα δεν ισχύουν πάντοτε οι μαθηματικές εξισώσεις.

1. Μείωση του σωματικού βάρους (ΣΒ)

Η καταπολέμηση της παχυσαρκίας αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της θεραπευτικής αντιμετώπισης όλων των υπερτασικών ασθενών, διότι έχει αποδειχθεί κατά τρόπο αναμφισβήτητο ότι η αύξηση του ΣΒ συνοδεύεται συχνά από άνοδο της ΑΠ και αντιστρόφως. Η καλύτερη απόδειξη ότι η απώλεια βάρους ελαττώνει την ΑΠ προέρχεται από μία μελέτη που έγινε στο Ισραήλ, πριν από πολλά χρόνια. Από 81 υπερτασικούς ασθενείς, που συμμετείχαν σε ένα πρόγραμμα δίαιτας 4 μηνών και έχασαν 9,5 χιλιόγραμμα βάρους κατά μέσον όρο, οι 79 είχαν στατιστικά σημαντική πτώση της ΑΠ. Η συστολική (μεγίστη) και η διαστολική (ελαχίστη) ΑΠ μειώθηκαν κατά μέσον όρο 30 & 20 χιλιοστά της στήλης Υδραργύρου (mm Hg), αντιστοίχως.

Η άνοδος της ΑΠ στην παχυσαρκία οφείλεται, κυρίως, στην αύξηση των περιφερικών αντιστάσεων στην κυκλοφορία του αίματος, λόγω της σημαντικής αύξησης του αγγειακού χώρου. Πριν από μερικές δεκαετίες, ο Beall υπολόγισε, ότι η αιμάτωση ενός χιλιογράμμου λίπους απαιτεί τη δημιουργία νέων αγγείων, μήκους τριών χιλιομέτρων περίπου, που σημαίνει ότι σε μία συνηθισμένη παχυσαρκία, με 20 χιλιόγραμμα πάνω από το ιδανικό ΣΒ, δημιουργούνται νέα αιμοφόρα αγγεία, συνολικού μήκους 60 χιλιομέτρων! Πέρα από την αύξηση των αγγειακών αντιστάσεων και άλλοι παράγοντες συμβάλλουν στη δημιουργία της υ-

πέρτασης, όπως η αυξημένη συχνότητα αρτηριοσκλήρυνσης στους παχύσαρκους, λόγω της συνυπάρχουσας υπερλιπιδαιμίας, η αύξηση του κυκλοφορούντος όγκου αίματος, η αυξημένη, λόγω πολυφαγίας, έκκριση ινσουλίνης, η οποία προάγει την επαναρρόφηση χλωριούχου νατρίου από τα ουροφόρα σωληνάκια, η αντίσταση των ιστών στη δράση της ινσουλίνης, η μειωμένη σωματική δραστηριότητα κ.τ.λ.

Πρέπει λοιπόν, ο θεράπων γιατρός να καταβάλει ιδιαίτερη προσπάθεια για τη διόρθωση της παχυσαρκίας σε κάθε υπερτασικό ασθενή. Η ιδεώδης διόρθωση θα ήταν σωστό να γίνει πριν από την έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής. Από την άλλη μεριά, δεν αποτελεί ορθή τακτική η αναβολή της φαρμακευτικής θεραπείας σε παχύσαρκους με βαριά υπέρταση, αναμένοντας τα ευεργετικά αποτελέσματα από τη μείωση του βάρους, που μπορεί και να καθυστερήσει ή και να μην επέλθει ποτέ (σε απείθαρχους ασθενείς). Αντίθετα, αν η ΑΠ φαίνεται να ελέγχεται, μία προσπάθεια ελάττωσης της δοσολογίας των αντιυπερτασικών φαρμάκων (ή ακόμα και η πλήρης διακοπή τους) μπορεί να επιχειρηθεί, αφού προηγουμένως μειωθεί το ΣΒ.

Η εκτίμηση (μέτρηση) της παχυσαρκίας επιτελείται κυρίως :

1. Με την επισκόπηση της ποσότητας και της σωματικής κατανομής του λίπους.

2. Με τη μέτρηση του πάχους της πτυχής του δέρματος στην οπίσθια επιφάνεια του βραχίονα ή κάτω από τη γωνία της ωμοπλάτης, με κατάλληλο όργανο, μέτρηση που παρέχει ένα πρόσθετο, αντικειμενικό στοιχείο για την καλύτερη παρακολούθηση, πριν και μετά από τη θεραπεία.

3. Με τη χρησιμοποίηση προτύπων πινάκων αναστήματος - βάρους και με διάφορους δείκτες, όπως ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) κ.ά., που δίνουν τα ποσοστά της υπέρβασης του "ιδανικού" βάρους.

Ο ΔΜΣ, ο οποίος χρησιμοποιείται πολύ συχνά, τελευταία, καθορίζεται από την εξίσωση: $\Delta\text{Μ}\Sigma = \Sigma\text{Β σε χιλιόγραμμα} / (\text{ύψος σε μέτρα})^2$

Π.χ., Άτομο με ΣΒ 70 κιλά και ύψος 1,80 μέτρα έχει $\Delta\text{Μ}\Sigma = 70 / (1,80)^2 = 70 / 3,24 = 21,6$.

ΔΜΣ: α) >27 = παχυσαρκία.

β) 25-27 = υπέρβαρο άτομο.

γ) 20-25=κανονικό, "φυσιολογικό" βά-

ρος.

δ) 18-20 = λεπτό άτομο.

ε) < του 18 = υποθρεψία.

Το "φυσιολογικό" βάρος προκύπτει από στατιστικά στοιχεία που σχετίζονται με τον μέσο όρο του πληθυσμού και δεν πρέπει να ταυτίζεται, κατ' ανάγκην, με το ιδανικό βάρος, το οποίο σε πολλές περιπτώσεις αντιστοιχεί σε χαμηλότερα επίπεδα και βρίσκεται στα όρια μεταξύ "υποθρε-

ψιας" και λεπτής σωματικής διάπλασης.

Η αντιμετώπιση της παχυσαρκίας

Για να είναι αποτελεσματική η παρέμβασή μας στις συνήθειες διατροφής του ασθενούς, δηλαδή για να επιτύχουμε ικανοποιητικό έλεγχο του ΣΒ σε μόνιμη βάση (κάτι που δεν είναι και τόσο εύκολο, όπως όλοι γνωρίζουμε), θα πρέπει να έχουμε υπ' όψιν ότι:

α) Ο ανθρώπινος οργανισμός αποτελεί πολύπλοκο μηχανισμό και στις θερμιδικές απαιτήσεις του σημαντική επίδραση έχουν η ιδιοσυστασία, το είδος της εργασίας και άλλοι παράγοντες, όπως η μυοσκελετική διάπλαση, το ύψος, το φύλο, η ηλικία και οι διάφορες παθολογικές καταστάσεις, όπως ο υπερθυρεοειδισμός, ο υποθυρεοειδισμός κ.ά. Ο καθένας έχει τη δική του δομή και δυναμική, τη δική του ανεπανάληπτη προσωπικότητα και, ως εκ τούτου, το Ιδανικό Βάρος (IB) πρέπει να περνά πάντοτε μέσα από την εξατομίκευση και όχι από την προκρούστεια κλίνη των γενικεύσεων. Φανταστείτε τον Πήτερ Ο' Τούλ χοντρό! Αντίθετα, μία μετρίου αναστήματος, μεσογειακού τύπου, αεικίνητη και πικάντικη γεματούλα πιθανόν πολλά να έχανε από την ελκυστικότητά της (το σεξ απίλ της), εάν αποφάσιζε να ακολουθήσει τρέχοντα πρότυπα αισθητικής στυλ Τουίγκυ. Η αίσθηση και ο καθορισμός του ωραίου και ιδανικού εξαρτώνται από εποχιακούς, τοπικούς και πολιτισμικούς παράγοντες. Με αυτή την επιφύλαξη το IB θα μπορούσαμε να το ορίσουμε με την ακόλουθη εξίσωση (η οποία είναι πιο πρακτική από τον προαναφερθέντα ΔΜΣ και από άλλες μεθόδους προσδιορισμού του IB):

$IB = \text{Συνολικό ύψος σε εκατοστά} - (110 \pm 5)$.

Π.χ. άτομο με ύψος 1,70 μ. (170 εκ.) πρέπει να ζυγίζει: $170 - (110 \pm 5) = 55-65$ κιλά.

Αυτή η διακύμανση του IB σχετίζεται, κυρίως, με τη μυοσκελετική διάπλαση. Άτομα "δωρικού" ρυθμού, από πλευράς κατασκευής (βαρύς σκελετός και μεγάλη μυϊκή ανάπτυξη), πρέπει να βρίσκονται στα ανώτερα όρια του IB. Αντίθετα, άτομα λεπτής, ντελικάτης ιδιοσυστασίας επιβάλλεται να είναι κοντά στα κατώτερα όρια του IB στο οποίο αντιστοιχούν. Βεβαίως, οι περισσότεροι άνθρωποι δεν υπάγονται σε αυτές τις ακραίες περιπτώσεις, αλλά κάπου ενδιάμεσα. Επομένως, στο ανωτέρω παράδειγμα το IB είναι γύρω στα 60 κιλά. Επισημαίνεται και πάλι, ότι σε άτομα λίαν "κομψής" σωματικής διάπλασης το IB μπορεί να βρίσκεται ακόμα πιο κάτω, κατά 2-6 κιλά, από αυτό που προσδιορίζει η ανωτέρω εξίσωση.

β) Η μείωση του βάρους, επιδίωξη που αποτελεί πηγή σταθερού άγχους, ιδίως στις γυναίκες, δεν πρέπει να θεωρηθεί ως αυτοσκοπός ούτε ως στέρηση των απολαύσεων της ζωής. Η πείρα άλλωστε δείχνει την πλήρη αποτυχία, μακροπρόθεσμα, των διαφόρων διαιτητικών προγραμμάτων

που συνήθως καταρτίζει κάποιος ειδικός διαιτολόγος, ο οποίος όμως βλέπει το μέρος και όχι το όλον, το δένδρο και σπανίως το δάσος. Συνιστάται ιδιαίτερη προσοχή στις δίαιτες με άφθονες ζωικές πρωτεΐνες, οι οποίες ακολουθούνται παντού και μετά μανίας τα τελευταία χρόνια και οι οποίες, παρότι συχνά οδηγούν σε θεαματική απώλεια βάρους, έχουν, για πολλούς και διάφορους λόγους, ολέθριες επιπτώσεις στην υγεία των ατόμων που τις ακολουθούν.

γ) Η παχυσαρκία δεν είναι μία απλή υπόθεση θετικού ισοζυγίου θερμίδων, αλλά ένα σύνθετο και πολυπαραγοντικό αποτέλεσμα και, κυρίως, μία βαριά διαταραχή του μεταβολισμού, που στη δημιουργία της συνέβαλε, σε μεγάλο βαθμό, η χρόνια λήψη ακατάλληλων και άστοχα συνδυασμένων τροφών. Ο ρόλος του κακού συνδυασμού των τροφών τονίζεται ιδιαίτερα. Δεν πρέπει επίσης να παραβλέπεται ότι για μερικά άτομα το πολύ φαγητό ασκεί και την ψυχολογική λειτουργία της διαφυγής ή της υποκατάστασης. Πολλοί μέσω της πολυφαγίας καταπνίγουν την ανία, τη μοναξιά και πολλά άλλα αρνητικά συναισθήματα.

δ) Η απάρνηση προσφιλών διαιτητικών συνηθειών, βαθιά ριζωμένων για δεκαετίες ολόκληρες, που συνθέτουν τη δεύτερη φύση μας, ακολουθείται πολλές φορές από διάφορες σωματικές και ψυχικές διαταραχές, οι οποίες απογοητεύουν τον ασθενή και τον κάνουν να εγκαταλείψει γρήγορα τις προσπάθειές του για απώλεια βάρους. Παρόμοιες αναστατώσεις, με άλλους μηχανισμούς, παρατηρούνται και κατά τη διακοπή συνηθειών που έχουν σχέση με τη νικοτίνη, την καφεΐνη, την αιθυλική αλκοόλη (οινόπνευμα) και με πολλές άλλες τοξικές ουσίες, και που συνιστούν τα διάφορα στερητικά σύνδρομα. Η πορεία προς την απαλλαγή από την "τροφική τοξικομανία" είναι συχνά λίαν ακανθώδης. Πέρα από την ψυχική εξάρτηση, που θίξαμε πιο πάνω, η οργανική εξάρτηση από το πολύ φαγητό εδραϊώνεται με πολλούς τρόπους. Εδώ, αναφέρεται μόνον ένας από αυτούς. Άτομο που για μακρύ χρονικό διάστημα καταναλώνει μεγάλες ποσότητες ραφινισμένων υδατανθράκων, κυρίως υπό τη μορφή των σακχάρων του εμπορίου (γλυκά, αναψυκτικά και οτιδήποτε άλλο περιέχει άσπρη ζάχαρη), θα εμφανίσει έντονα συμπτώματα υπογλυκαιμίας αμέσως ύστερα από την απότομη διακοπή της κατανάλωσής τους. Η υπογλυκαιμία επι συμβαίνει, διότι υπάρχει χρόνια αντισταθμιστική υπερλειτουργία των κυττάρων που ενέχονται στην έκκριση της ινσουλίνης (β-κύτταρα των νησιδίων του Langerhans του παγκρέατος), συνεπεία του χρόνιου ερεθισμού αυτών των κυττάρων από τα υψηλά επίπεδα της γλυκόζης στο αίμα (λόγω της κατανάλωσης γλυκών) και η οποία υπερλειτουργία δεν μπορεί να υποχωρήσει από τη μία στιγμή στην άλλη. Για να επιτευχθεί η προσαρμογή της έκκρισης της ινσουλίνης στις και-

νούργιες διαιτητικές συνθήκες απαιτείται κάποιο χρονικό διάστημα. Καμία λογική δεν μπορεί, σε αυτές τις υπογλυκαιμικές στιγμές, να ελέγξει την παρόρμηση, την έντονη βουλιμία για γλυκά, η πρόσληψη των οποίων θα κάνει τον εθισμένο σε αυτά να αισθανθεί καλύτερα, διαιωνιζόμενου έτσι του φαύλου κύκλου: Υπεργλυκαιμία > υπερέκκριση ινσουλίνης > αντισταθμιστική υπογλυκαιμία > μεγάλη επιθυμία για γλυκά > λήψη γλυκών > υπεργλυκαιμία κ.ο.κ., με όλες τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις (παχυσαρκία, υπερλιπιδαιμία, και μάλιστα κακής ποιότητας, σακχαρώδης διαβήτης και πλείστα όσα άλλα δεινά). Είναι αναγκαίο λοιπόν, στη συγκεκριμένη περίπτωση, να συστήσουμε στον ασθενή βαθμιαία μείωση της κατανάλωσης των σακχάρων, διότι ο οργανισμός αντιδρά άσχημα σε κάθε απότομη μεταβολή, τόσο του εξωτερικού, όσο και του εσωτερικού περιβάλλοντός του. Επίσης, μπορούμε να επιτύχουμε ευνοϊκά αποτελέσματα (κατάργηση του φαύλου κύκλου) παροτρύνοντας τον ασθενή να τρώει κατά την ώρα της υπογλυκαιμίας γλυκά φρούτα, σταφίδες, μέλι και άλλες παρόμοιες τροφές που περιέχουν, κυρίως, φυσική (ανεπεξεργαστη) φρουκτόζη, η οποία δεν απαιτεί ινσουλίνη για την είσοδό της στα κύτταρα, για να μεταβολιστεί.

ε) Η σωστή διατροφή δεν πρέπει να είναι μία "δίαιτα" αλλά μία - μη ψυχαναγκαστικού τύπου - συνειδητή επιλογή, που καλύπτει μόνο μία από τις βασικές φυσιολογικές ανάγκες του ανθρώπινου οργανισμού (ουκ επ' άρτω μόνω ζήσεται άνθρωπος). Προϋποθέτει όμως επίγνωση της αξίας της, πίστη στην αποτελεσματικότητά της, αλλαγή νοοτροπίας και διαφορετική στάση απέναντι στη ζωή, καθώς και ένταξη της σε ένα συνολικά ορθολογικό τρόπο ζωής, που απελευθερώνει από τις φθοροποιές συνήθειες του παρελθόντος, οι οποίες οικοδομούν τις συνέπειες του παρόντος και του μέλλοντος, και που αποσκοπεί στην πολύπλευρη ανέλιξη και ολοκλήρωση με την αρμονική ανάπτυξη και πραγμάτωση όλων των σωματικών, πνευματικών και ψυχικών δυνατοτήτων του ατόμου.

Έχοντας αυτά υπόψη, η αποτελεσματική επέμβασή μας απαιτεί τη συλλογή πληροφοριών επί των συνηθειών και ιδιομορφιών του ασθενούς. Η άντληση όλων αυτών των πληροφοριών επιτυγχάνεται α) με τη λήψη του ιστορικού, β) με τα διάφορα ερωτηματολόγια διατροφής και γ) με το ημερολόγιο διατροφής, όπου ο ασθενής για διάστημα 7-10 ημερών καταγράφει καθημερινά το είδος και την ποσότητα όλων των τροφών και ποτών που καταναλώνει.

Με τους τρεις αυτούς τρόπους δεν θα μας διαφύγουν σημαντικές πληροφορίες, ανάλογα δε με το πνευματικό επίπεδο, την προσωπικότητα, τη δεκτικότητα, τις ιδιαιτερότητες και τα κοινωνικοοικονομικά δεδομένα του αρρώστου θα επιχειρήσουμε την προσπέλαση στο πρόβλημα της παχυ-

σαρκίας εξατομικεύοντας τη διαιτητική αγωγή με βαθμιαίες τροποποιήσεις, που είναι πάντοτε εύκολες για τον καθένα και δεν δημιουργούν μείζον πρόβλημα. Σημαντική θέση κατέχει και η μέθοδος του διαχωρισμού των τροφών, π.χ., να μη συνδυάζονται στο ίδιο γεύμα άμυλα και πρωτεΐνες, όπως κρέας με πατάτες. Βαθύτερες ψυχολογικές προσπελάσεις στην ελάττωση και τη διατήρηση του ΣΒ σπάνια απαιτούνται, δεν είναι άλλωστε σε όλους ομοιόμορφα προσιτές και αποτελεσματικές. Επίσης, ο στόχος, που είναι ο έλεγχος της υπέρτασης, μπορεί να ενεργοποιήσει τον ασθενή να ξεκινήσει ένα διαιτητικό πρόγραμμα και η επίτευξη αυτού του στόχου, δηλαδή η μείωση της ΑΠ με την απώλεια βάρους, θα τον παροτρύνει να τη συνεχίσει, θα αυξήσει την αυτοπεποίθησή του, θα τον ευαισθητοποιήσει και θα τον καταστήσει πιο δεκτικό να αναλάβει και ο ίδιος μέρος της ευθύνης για την υγεία του. Δυστυχώς πολλοί, επειδή χάνουν μερικές μάχες, απογοητεύονται, τα παρατούν και επανέρχονται στον φαύλο κύκλο: Αποτυχία εφαρμογής του διαιτητικού προγράμματος απώλεια αυτοεκτίμησης άγχος και ενοχή πολυφαγία κ.ο.κ. Ο ασθενής πρέπει να πεισθεί να μη βιάζεται και να μην περιμένει θαύματα από τη μία στιγμή στην άλλη. Ο σκοπός είναι να κερδίσει τον πόλεμο κατά της παχυσαρκίας και δεν έχει σημασία εάν στην πορεία αποτύχουν κάποιες προσπάθειες. Αυτό ισχύει βεβαίως και για τις υπόλοιπες φθοροποιές συνήθειες, των οποίων οι επιπτώσεις δεν μπορούν να υποχωρήσουν μέσα σε λίγες ημέρες. Η μακροχρόνια πρόληψη της παχυσαρκίας επιβάλλει την αποφυγή πιέσεως των παιδιών για πολυφαγία και την ενθάρρυνση όλων για ισόβια σωματική άσκηση. Πριν τελειώσουμε με τη σχέση παχυσαρκίας - υπέρτασης, πρέπει να επιστημόνουμε ότι το πρόβλημα της παχυσαρκίας δεν είναι μόνο ποσοτικό, αλλά και ποιοτικό και αντιμετωπίζεται οριστικά με την υγιεινή διατροφή και με άλλους υγειονομολογικούς παράγοντες. Η ανάπτυξη όμως των αρχών της σωστής διατροφής ξεφεύγουν του σκοπού αυτού του άρθρου.

2. Αύξηση της μυϊκής δραστηριότητας

Η συστηματική μυϊκή άσκηση είναι, πέραν πάσης αμφιβολίας, ευεργετική στην αντιμετώπιση της υπέρτασης με πολλούς τρόπους, π.χ:

- Μέσω της μείωσης του σωματικού βάρους.

-Με τη μείωση του stress, πιθανόν λόγω του αυξημένου καταβολισμού των κατεχολαμινών (αδρεναλίνης και νοραδρεναλίνης) και της κορτιζόλης, που υπερεκκρίνονται σε κάθε κατάσταση ψυχικής υπερέντασης. Οι κατεχολαμίνες ασκούν έντονη αγγειοσυσπαστική δράση, και απ' ευθείας και μέσω της ενεργοποίησης του άξονα ρενίνης-αγγειοτενσίνης-αλδοστερόνης, ενώ η κορτιζόλη κατακρατεί χλωριούχο νάτριο στον οργανισμό και αναστέλλει την αγγειοδιασταλτική επί-

δραση του μονοξειδίου του αζώτου (NO) στο τοίχωμα των αγγείων. Επίσης, παράγονται από τον οργανισμό (ιδίως από τον εγκέφαλο) ουσίες με αντικαταθλιπτικές ιδιότητες, όπως η φαινυλαιθυλαμίνη, που συμβάλλουν στην ελάττωση της νευρομυϊκής έντασης, στην αύξηση της αυτοπεποίθησης, στη βελτίωση της ποιότητας του ύπνου κ.τ.λ. Η ευεργετική επίδραση μίας ώρας σωματικής άσκησης (προσαρμοσμένης στις ιδιαιτερότητες και τις εκάστοτε δυνατότητες του ατόμου) ισοδυναμεί με αυτή, που προκύπτει ύστερα από ψυχανάλυση και ψυχοθεραπεία ωρών.

- Με την απώλεια χλωριούχου νατρίου, εξαιτίας της προκαλούμενης εφίδρωσης.

Πρέπει να αναφερθεί ότι ο ασθενής που πείθεται να ξεκινήσει ένα πρόγραμμα ασκήσεων αποφασίζει να ασχοληθεί γενικά με την υγεία του. Επομένως, θα μειώσει ή θα διακόψει το κάπνισμα, θα περιορίσει την κατανάλωση καφέ και οινοπνευματωδών (των οποίων η κατάχρηση συμβάλλει, κυρίως μακροπρόθεσμα, στην αύξηση της ΑΠ), θα βελτιώσει την ποιότητα της διατροφής του, τρώγοντας λιγότερο αλάτι και περισσότερα φρούτα και λαχανικά, τα οποία πέραν των άλλων ευεργετικών επιδράσεων τους επί της υγείας έχουν πολύ κάλιο (είναι γνωστό από πολλών ετών ότι η δίαιτα υψηλού καλίου βοηθά στη μείωση της ΑΠ) κ.ο.κ. Μία καλή συνήθεια συνοδεύεται και από άλλες καλές συνήθειες, όπως και το αντίστροφο. Πρέπει λοιπόν η ενθάρρυνση για συστηματική μυϊκή άσκηση να αποτελεί μέρος της προσπάθειας για έλεγχο της υπέρτασης και των κινδύνων που απορρέουν από αυτήν.

Η δραστηριότητα που θα συστήσουμε θα πρέπει να στηρίζεται στις δυνατότητες και στις προτιμήσεις του ασθενούς. Η παροχή συμβουλών γύρω από το θέμα της άσκησης πρέπει να γίνεται με σοβαρότητα, σαφήνεια και ακρίβεια, όπως ακριβώς συμβαίνει και με τη χορήγηση φαρμάκων. Το βασικό πρόγραμμα για τους περισσότερους ενήλικες υπέρτασικούς περιλαμβάνει πορεία (η οποία αποτελεί την πιο φυσιολογική μορφή άσκησης) διάρκειας μίας ώρας περίπου, καθημερινά. Υπάρχουν μεγάλες δυνατότητες κλιμάκωσης της έντασης της άσκησης με την πορεία, διότι μπορούμε να μεταβάλλουμε την ταχύτητα, τη διάρκεια, τη συχνότητα και την κλίση του εδάφους πάνω στο οποίο αυτή γίνεται. Άλλες, πιο έντονες μορφές μυϊκής δραστηριότητας θα εξαρτηθούν κυρίως από τη φυσική κατάσταση του ατόμου. Βεβαίως, υπάρχουν μερικά σημεία τα οποία πρέπει να προσέχονται ιδιαίτερα, δηλαδή :

- Οι ασκήσεις να γίνονται συστηματικά και όχι σε αραιά χρονικά διαστήματα.

- Να μην υπάρχει πιεστική ανάγκη να τελειώσουν σε λίγο χρονικό διάστημα.

- Να μη γίνονται σε ψυχρό περιβάλλον.

- Να αρχίζουν προοδευτικά και όχι με τη μέγιστη δυνατή ένταση.

- Να αποφεύγονται βαριές εργασίες που γίνονται κατά διαλείποντα χρόνο και καταπονούν το αγύμναστο άτομο.

- Να αποφεύγονται οι ασκήσεις που προκαλούν έντονη ισομετρική φόρτιση, η οποία αυξάνει απότομα την ΑΠ. Τις ασκήσεις τις διακρίνουμε σε ισομετρικές (στατικές) και ισοτονικές (δυναμικές ή αεροβικές). Στις ισομετρικές δεν αυξομειώνεται το μήκος των μυών, ενώ τούτο συμβαίνει στις ισοτονικές. Παραδείγματα ισομετρικών ασκήσεων είναι η μεταφορά βάρους, το θαλάσσιο σκι κ.ά. Παραδείγματα ισοτονικών ασκήσεων αποτελούν η πορεία, η ποδηλασία, η κολύμβηση κ.ά. Κατά τη διάρκεια της ισομετρικής άσκησης αυξάνεται τόσο η συστολική, όσο και η διαστολική ΑΠ (οπότε αυξάνεται η μέση πίεση), ενώ κατά τη διάρκεια της ισοτονικής να μεν αυξάνεται η συστολική αλλά μειώνεται η διαστολική, λόγω της μείωσης των αντιστάσεων του κυκλοφορικού συστήματος (με διαστολή, κυρίως, των μυϊκών αγγείων), με αποτέλεσμα η μέση πίεση να παραμένει αμετάβλητη ή και να ελαττώνεται. Αυτός είναι ο βασικότερος λόγος που οι ισοτονικές ασκήσεις συνιστώνται στους υπέρτασικούς.

3. Διακοπή του καπνίσματος

Είναι γνωστό, εδώ και πολλές δεκαετίες, ότι το κάπνισμα αυξάνει την ΑΠ. Η βλαπτική αυτή δράση εκδηλώνεται, αν και σε μειωμένο βαθμό, ακόμα και όταν ο καπνιστής δεν εισπνέει τον καπνό, διότι η νικοτίνη απορροφάται ταχύτατα από όλους τους βλεννογόνους. (Αν ο καπνός κρατηθεί στο στόμα, σε διάστημα 1-2 δευτερολέπτων, απορροφάται το 66-77% της νικοτίνης. Με την εισπνοή η απορρόφηση ανέρχεται στο 90-98%).

Οι μηχανισμοί της νικοτινικής υπέρτασης είναι οι εξής :

- Ο επινεφριδιακός. Η νικοτίνη διεγείρει τα επινεφρίδια και προκαλεί έντονη έκκριση κατεχολαμινών. Τούτο επιτυγχάνεται με την ενεργοποίηση των νικοτινικών υποδοχέων της κυτταρικής μεμβράνης των κυττάρων του μυελού των επινεφριδίων.

- Ο εξωεπινεφριδιακός. Η νικοτίνη: I) Διεγείρει όλα τα γάγγλια του αυτόνομου νευρικού συστήματος, δρώντας στους νικοτινικούς υποδοχείς της μετασυναπτικής κυτταρικής μεμβράνης, με αποτέλεσμα την απελευθέρωση νοραδρεναλίνης. Τούτο επιβεβαιώνεται από το γεγονός ότι η νικοτίνη εμφανίζει την υπέρτασική της δράση και όταν το αίμα εμποδίζεται να περάσει από τα επινεφρίδια στη γενική κυκλοφορία, καθώς επίσης και με τη χειρουργική απομάκρυνση των επινεφριδίων. II) Ασκεί απ' ευθείας σύσπαση του αγγειακού τοιχώματος. III) Αυξάνει την έκκριση θυροξίνης από τον θυροειδή αδένα, η οποία συμβάλλει στην αύξηση της συστολικής ΑΠ (ασθενής επίδραση). IV) Επιταχύνει τις αρτηριοσκληρωτικές εξεργασίες, διότι προκαλεί α) αύξηση της χολη-

στερίνης χαμηλής πυκνότητας ("κακή" χοληστερίνη), β) μείωση της χοληστερίνης υψηλής πυκνότητας ("καλή" χοληστερίνη), γ) σύσπαση των *vasa vasorum* (αγγεία των αγγείων), με αποτέλεσμα την ανοξία των αγγειακών τοιχωμάτων, δ) εξουδετέρωση της βιταμίνης C, που είναι απαραίτητη για τη σύνθεση του κολλαγόνου συνδετικού ιστού, με αποτέλεσμα την καταστροφή του έσω χιτώνα των αγγείων κ.τ.λ. Επίσης, οι καπνιστές έχουν συνεχώς το 5-15% της αιμοσφαιρίνης (Hb) τους δεσμευμένο με μονοξειδίο του άνθρακα (CO), δηλ. υπό μορφήν ανθρακυλαιμοσφαιρίνης (Hb-CO). Η χημική συγγένεια της Hb προς το CO είναι 240 φορές μεγαλύτερη σε σχέση προς το οξυγόνο. Το CO συμβάλλει, εκτός της ανοξίας που προκαλεί, και απευθείας στην αθηρογένεση με άγνωστο μηχανισμό.

Υπάρχουν πολλές μελέτες που επιβεβαιώνουν την υπερτασική ενέργεια της νικοτίνης και πολύ λίγες που την αμφισβητούν. Επίσης, είναι βέβαιο ότι υπάρχουν άτομα που εμφανίζουν μεγάλη άνοδο της ΑΠ την περίοδο που καπνίζουν (ακόμα και όταν καπνίζουν μόνο 3-5 τσιγάρα ημερησίως). Η αυξημένη αυτή υπερευστασία παρατηρείται και σε άλλα ενδογενή και εξωγενή ερεθίσματα, π.χ., στη δοκιμασία του ψύχους. Αυτά τα άτομα παρουσιάζουν, σε μεγαλύτερη συχνότητα, στεφανιαία ανεπάρκεια, διαλείπουσα χωλότητα, εγκεφαλική αιμορραγία και πολλές άλλες επιπλοκές. Το κάπνισμα παρεμβαίνει αρνητικά και στη θεραπευτική αποτελεσματικότητα διαφόρων χορηγούμενων αντιυπερτασικών φαρμάκων. Επίσης, οι καπνιστές υπερτασικοί έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν κακοήγη υπέρταση (η οποία είναι πολύ επικίνδυνη κατάσταση), σε σχέση με τους μη καπνιστές υπερτασικούς. Μελέτες σε πειραματόζωα δείχνουν ότι η νικοτίνη ελαττώνει τη νεφρική ροή αίματος και υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι και σε άτομα με οριακή νεφρική ροή αίματος, λόγω υπερτασικής αγγειακής νόσου, επιδεινώνει την νεφρική ισχαιμία και, ως εκ τούτου, την υπέρταση.

Επιβάλλεται, επομένως, να καταπολεμηθεί με κάθε τρόπο το κάπνισμα στους υπερτασικούς (και όχι μόνο σε αυτούς, λόγω της καταστρεπτικής επίδρασης του καπνού σε κάθε κύτταρο του οργανισμού, με διάφορους μηχανισμούς). Υπάρχουν πολλές μέθοδοι που βοηθούν προς αυτήν την κατεύθυνση, όπως η ομαδική ενημέρωση, τα οπτικοακουστικά μέσα, που κάνουν τον άρρωστο να σκεφτεί σοβαρά τη διακοπή του καπνίσματος, η δημιουργία αποστροφής με φαρμακευτικές ουσίες και μεθόδους, ο βελονισμός, η χαλάρωση, οι αναπνευστικές ασκήσεις, φάρμακα που αμβλύνουν τα συμπτώματα στέρησης, όπως η βουπροπιόνη, η βουσπιρόνη, η βενζοδιαζεπίνη κ.τ.λ., τα υποκατάστατα νικοτίνης (αυτοκόλλητα, τσίχλες και σπρέι) κ.ά.

Η διακοπή του καπνίσματος συνήθως συ-

νοδεύεται από αύξηση του ΣΒ (5 κιλά, κατά μέσον όρο, ιδίως τους πρώτους 6 μήνες), διότι μειώνεται ελαφρώς ο μεταβολισμός και αυξάνεται η όρεξη για φαγητό. Ο κίνδυνος από αυτή τη μέτρια αύξηση του ΣΒ είναι αμελητέος σε σύγκριση με τη νοσηρότητα και θνησιμότητα που προκαλεί η συνέχιση του καπνίσματος. Η συστηματική μυϊκή άσκηση μπορεί αφενός να προλάβει την αύξηση του ΣΒ και αφετέρου να αμβλύνει την επιθυμία για κάπνισμα, η οποία είναι έντονη τους πρώτους μήνες ύστερα από τη διακοπή του.

4. Μείωση του STRESS

Στην εξελικτική πορεία μας εκατομμυρίων ετών έχουμε αναπτύξει προσαρμοστικούς μηχανισμούς που μας εξασφαλίζουν δυνατότητες μάχης ή φυγής. Ο πρωτόγονος άνθρωπος, όταν βρισκόταν μπροστά σε κίνδυνο, π.χ., από την επίθεση ενός άγριου ζώου, είχε δύο επιλογές: Η μία ήταν να απομακρυνθεί τρέχοντας και η άλλη να μείνει και να δώσει μάχη. Και στις δύο αυτές περιπτώσεις ο εχθρός ήταν ορατός και όλη η κατάσταση συναγερμού του νευρικού και ενδοκρινικού συστήματος (ενεργοποίηση του άξονα υποθάλαμος - υπόφυση - επινεφρίδια, καθώς και του συμπαθητικού σκέλους του αυτόνομου κεντρικού νευρικού συστήματος, με συνέπεια την υπερέκκριση κατεχολαμινών και κορτικοειδών, και πολλαπλές άλλες κινητοποιήσεις) εξωτερικευόταν με μυϊκή απάντηση, η οποία ολοκληρωνόταν σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα. Αυτές και άλλες αναπόφευκτες στη ζωή καταστάσεις υπερέντασης αποτελούν θετικό stress και έχουν συμβάλει καθοριστικά στην επιβίωση και την εξέλιξη του ανθρώπινου είδους.

Σήμερα η μάχη δίνεται μεταξύ ατόμου και πολύπλοκων γραφειοκρατικών δομών και μηχανισμών, όπου ο εχθρός δεν φαίνεται πια εύκολα. Οι αλματώδεις αλλαγές στον τρόπο της ζωής τα τελευταία εκατόν πενήντα χρόνια, ιδίως τις τελευταίες δεκαετίες, αποτέλεσμα της τεχνολογικής εξέλιξης, δεν ήταν δυνατόν να συνοδευτούν από ανάλογες αλλαγές στους προσαρμοστικούς μηχανισμούς μας σε τόσο σύντομο χρονικό διάστημα. Ο σύγχρονος άνθρωπος υφίσταται καθημερινά έναν καταιγισμό από πλήθος αντιφατικών και αρνητικών ερεθισμάτων, βρίσκεται σε κατάσταση συνεχούς έντασης, αλλά δεν μπορεί να δώσει διέξοδο στην κατάσταση ετοιμότητας με την ανάληψη ανοικτής δράσης (αρνητικό stress). Ούτε η μάχη ούτε η φυγή είναι τώρα παραδεκτές επιλογές. Ακόμα και όταν ο εχθρός είναι ορατός, π.χ., ο διευθυντής του που τον καταπιέζει, ούτε η γροθιά ούτε η παραίτηση αποτελούν κοινωνικά και οικονομικά αποδεκτές λύσεις. Το τίμημα που θα καταβληθεί μακροπρόθεσμα από μία παρόμοια φυσιολογική, αυθόρμητη αντίδραση θα είναι πολλαπλάσιο του οποιουδήποτε ευεργετικού αποτελέσματος που θα απέφερε μία τέτοια άμεση εκτό-

νωση και θα δημιουργούσε ακόμα περισσότερο από το πρωταρχικό χρόνιο stress. Αποτέλεσμα αυτού του αδιεξόδου, το οποίο επιτείνεται από τον επαγγελματικό ανταγωνισμό, την αβεβαιότητα για το μέλλον και από πολλές άλλες ανασφάλειες, είναι η συνεχής φόρτιση χωρίς δυνατότητα εκτόνωσής της, με συνέπεια τη σύσπαση των αγγείων, η οποία οδηγεί τελικά σε υπερτροφία, πάχυνση και εκφύλιση του αγγειακού τοιχώματος, ιδίως των προτριχοειδικών αρτηριδίων. Τούτο επιβεβαιώνεται και από πειράματα σε πειραματόζωα που απομimούνται την είσοδο του ανθρώπου σε ένα κόσμο γεμάτο από προβλήματα. Τα ζώα αυτά εμφανίζουν υπέρταση που γίνεται μόνιμη, εάν καθυστερήσει η λύση των προβλημάτων τους για μερικούς μήνες. Επίσης, η ματαιοδοξία, ο αχαλίνωτος καταναλωτισμός, η αποδοχή και μίμηση κοινωνικών προτύπων, που επιβάλλονται από τη "διαφήμιση", πέραν των πραγματικών αναγκών και οικονομικών δυνατοτήτων μας, ο αποπροσανατολισμός (από συνεχή μηνύματα και πληροφορίες, που δεν υφίστανται καμία συνθετική επεξεργασία), η χωρίς λόγο εμπλοκή σε στείρες συγκρούσεις και αδιέξοδες καταστάσεις, οι λαθεμένες επιλογές και η μη σωστή ιεράρχηση των στόχων που θέτουμε στη ζωή, η εμμονή σε αρνητικά συναισθήματα, όπως ο θυμός, ο φθόνος, η μεμψιμοιρία, η απελπισία κ.τ.λ., οδηγούν σε υπερέκκριση κατεχολαμινών και κορτικοστεροειδών, με συνέπεια όχι μόνο την αύξηση της ΑΠ, αλλά και τη μείωση της άμυνας του οργανισμού, η οποία προδιαθέτει σε λοιμώξεις και νεοπλασμάτα, καθώς και πολλές άλλες παθολογικές καταστάσεις, όπως το έλκος βολβού δωδεκαδακτύλου, η οστεοπόρωση, κ.τ.λ.

Εφόσον, λοιπόν, είναι αναμφισβήτητο ότι η συνεχής κινητοποίηση του νευρικού-ενδοκρινικού συστήματος (αυξημένη συμπαθητική δραστηριότητα) είναι ένας από τους αιτιολογικούς παράγοντες της υπέρτασης και αφού δεν μπορούμε να αλλάξουμε τα ποικίλα αρνητικά ερεθίσματα του περιγύρου, η μόνη λύση είναι η τροποποίηση της αντίδρασης και γενικά της στάσης μας έναντι αυτών των ερεθισμάτων που δημιουργούν stress. (Σε τελική ανάλυση, τις περισσότερες φορές το πρόβλημα δεν το δημιουργούν οι αγχογόνες καταστάσεις της ζωής, αλλά η απάντησή μας σε αυτές). Τούτο επιτυγχάνεται με διάφορες μεθόδους, όπως ο διαλογισμός, η ύπνωση, η γιόγκα, η ψυχοθεραπεία, η τεχνική του F.M. Alexander κ.ά. και οι οποίες είναι αποδεκτές όταν είναι απαλλαγμένες από θρησκευτικούς προσηλυτισμούς και χρησιμοποιούνται απλά και μόνο ως μέθοδοι που τροποποιούν τη συμπεριφορά. [Διαλογισμός είναι η τεχνική, η μέθοδος αυτοσυγκέντρωσης που επιτρέπει την εξερεύνηση ενός ανώτερου επιπέδου συνειδητότητας, το οποίο είναι έξω από το πεδίο της συνηθισμένης διαδικασίας του σκέπτεσθαι, και οδηγεί στην εσωτερική χαλάρωση και

αρμονία, στην ανάπτυξη ποικίλων ψυχικών, πνευματικών και σωματικών ικανοτήτων, καθώς και στην ενίσχυση των αυτοεπιδιορθωτικών (ιαματικών) δυνάμεων του οργανισμού]. Επίσης, υπάρχουν και άλλες μέθοδοι "ανατροφοδότησης" (biofeedback), οι οποίες χρησιμοποιούν τη μοντέρνα τεχνολογία που παρέχει οπτικά και ακουστικά σήματα, μέσω των οποίων τα άτομα εκπαιδεύονται να αναγνωρίζουν το επίπεδο της αρτηριακής πίεσής τους και να το αυξομειώνουν με τη θέλησή τους. Τούτο προφανώς επιτυγχάνεται με τη ρύθμιση των περιφερικών αγγειακών αντιστάσεων. Η σημαντική συμβολή της μυϊκής άσκησης στην εκτόνωση κάθε ψυχοσωματικής έντασης αναφέρθηκε ήδη. Η υγιεινή διατροφή και ο επαρκής ύπνος είναι εκ των ων ουκ άνευ στην ομαλή λειτουργία όλων των συστημάτων του οργανισμού και ιδιαίτερα του νευρικού συστήματος. Άτομο που δεν διατρέφεται σωστά ή στερείται επαρκούς ανάπαυσης και ύπνου αντιδρά δυσανάλογα έντονα σε σχέση με τα ερεθίσματα.

Ιδιαίτερα, πρέπει να τονιστεί ο ρόλος των αναπνευστικών ασκήσεων και γενικά της σωστής αναπνοής. Η αρμονική διαφραγματική αναπνοή, σε συνδυασμό με άλλες απλές ασκήσεις χαλάρωσης, συμβάλλει εντυπωσιακά στην αντιμετώπιση των διαφόρων καταστάσεων stress και κατ'επέκταση της υπέρτασης και αποτελεί έναν τρόπο θεραπείας, ελεύθερο των δυνητικών παρενεργειών των φαρμάκων. Δυστυχώς, οι περισσότεροι άνθρωποι ακινητοποιούν το διάφραγμα τους (σφίγγουν την κοιλιά τους) και αναπνέουν, συνήθως, με το μέσο και πάνω τμήμα των πνευμόνων (θωρακική αναπνοή).

Η ψυχοδιανοητική κατάσταση ενός ατόμου ανά πάσα χρονική στιγμή μπορεί, ως ένα μεγάλο βαθμό, να καθορισθεί, με την παρατήρηση της αναπνοής του, εάν είναι ρυθμική ή άρρυθμη, συνεχής ή διακεκομμένη, θωρακική ή διαφραγματική. Ο λυγμός, η διακοπή της αναπνοής για μερικά δευτερόλεπτα ύστερα από έντονο πόνο ή φόβο και οι βαθιές αναπνοές κατά τη διάρκεια μίας κρίσης θυμού αποτελούν παραδείγματα επηρεασμού της αναπνοής από διάφορες συγκινήσεις.

Αντίστροφα, η συνειδητή αλλαγή του τρόπου της αναπνοής επηρεάζει άμεσα την ψυχική, τη διανοητική και τη σωματική κατάστασή μας. Η αναπνοή είναι η θεμελιωδέστερη φυσιολογική λειτουργία που υπόκειται σε παρατήρηση και τροποποίηση, αλλά λόγω της φαινομενικά απατηλής απλότητάς της, όσον αφορά στην αδρή της κίνηση, έχει παραμεληθεί και δεν έχει λάβει ακόμα τη θέση που της αξίζει ως μέσου ανάπτυξης της γενικής ισορροπίας και ακεραιότητας του οργανισμού στα πλαίσια της πολυπλοκότητας και "εκζήτησης" της ιατρικής έρευνας.

5. Διαιτητικός περιορισμός του νατρίου

Το περισσότερο νάτριο που λαμβάνει ο σύγχρο-

νος άνθρωπος βρίσκεται υπό τη μορφή του ορυκτού χλωριούχου νατρίου (επιτραπέζιο αλάτι), που περιέχει, κατά βάρος, 40% νάτριο και 60% χλώριο. Η ημερήσια πρόσληψη νατρίου στον μέσο ευρωπαϊκό ενήλικα κυμαίνεται από 2,3 έως 6,9 γραμμάρια νατρίου, δηλαδή, περίπου μεταξύ των 6 και 17 γραμμαρίων χλωριούχου νατρίου, ποσότητας πολύ μεγάλης για τις πραγματικές ανάγκες του. Το χλωριούχο νάτριο κατακρατά νερό στον οργανισμό με αποτέλεσμα την αύξηση του κυκλοφορούντος όγκου αίματος και, ως εκ τούτου, της ΑΠ. Αυτή η αύξηση της ΑΠ είναι μία φυσιολογική ανταπόκριση, η οποία έχει ως αποτέλεσμα την ισορροπία ύδατος και ηλεκτρολυτών (ομοιοστασία) του οργανισμού. Όσο αλάτι προσλαμβάνουμε ημερησίως με τις τροφές, τόσο αποβάλλουμε δια των ούρων, διαφορετικά θα καταλήγαμε σε θάνατο από πνευμονικό οίδημα. Όμως, το ισοζύγιο, μεταξύ πρόσληψης και αποβολής χλωριούχου νατρίου, επιτυγχάνεται με την ΑΠ, το επίπεδο της οποίας διαφέρει και στο ίδιο άτομο ανάλογα με την πρόσληψη του χλωριούχου νατρίου, αλλά και μεταξύ των ατόμων, λόγω της διαφορετικής ευαισθησίας τους, όσον αφορά στην απέκκριση του χλωριούχου νατρίου από τα ουροφόρα σωληνάκια. Εάν μειώσουμε την ημερήσια πρόσληψη αλάτος στα 2-4 γραμμάρια, πολλές φορές επιτυγχάνεται σημαντική πτώση της ΑΠ και ελαττώνεται η απαιτούμενη δόση των διουρητικών ή άλλων αντιυπερτασικών φαρμάκων. Θα πρέπει λοιπόν και εδώ να ενθαρρύνουμε με κάθε τρόπο τον υπερτασικό για περιορισμό του αλατιού στη διατροφή. Για τον ολέθριο ρόλο του αλατιού στην υπέρταση (και όχι μόνο) και αυτά που πρέπει να έχουμε υπ' όψιν για τον αποτελεσματικό διαιτητικό περιορισμό του, καθώς και για τη βλαπτική επίδραση άλλων αρνητικών παραγόντων που οδηγούν στην άνοδο της ΑΠ και δεν αναφέρθηκαν, υπάρχουν πολλά ακόμα να ειπωθούν. Θεωρώ όμως ότι τονίστηκε αρκετά ο ρόλος των υγιεινοδιαιτητικών μέσων στην αντιμετώπιση της υπέρτασης.

Σήμερα είναι πλέον ή βέβαιο ότι με το συνδυασμό δύο ή περισσότερων μη φαρμακευτικών μέσων μπορούμε να αντιμετωπίσουμε σε σημαντικό ποσοστό τους υπερτασικούς ασθενείς. Παρότι, συνήθως, συνυπάρχουν όλοι οι παράγοντες κινδύνου (καθιστικός βίος, παχυσαρκία κ.τ.λ.) που απεργάζονται τη δημιουργία της υπέρτασης, υπάρχουν σημαντικές διαφορές, όσον αφορά στη βαρύτητα που έχει ο καθένας από αυτούς μεταξύ των υπερτασικών ατόμων. Π.χ., ένας ευτραφής "καλοπερασάκις" που τρώει και πίνει υπέρ το δέον πιθανόν να μην έχει το παραμικρό πρόβλημα άγχους. Αντίθετα, κάποιος άλλος ο οποίος είναι λεπτός είναι δυνατόν να "τρώγεται με τα ρούχα του" και να καπνίζει μανιωδώς από το πρωί μέχρι το βράδυ. Επομένως, για την επιτυχή παρέμβασή μας στην αντιμετώπιση της υπέρτασης πρωτί-

στως πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν οι ιδιαιτερότητες του κάθε ασθενούς και όχι να εφαρμόζονται σε όλους τα ίδια υγιεινοδιαιτητικά ή άλλα θεραπευτικά μέτρα.

Η υπέρταση πολλές φορές αποτελεί κραυγή και σωτήρια προσαρμογή και απάντηση (αντιρρόπηση) του οργανισμού έναντι διαφόρων επιβαρυντικών παραγόντων, που έχει ως σκοπό τη μείωση των αρνητικών επιπτώσεών τους. Η κατάχρηση αλατιού αυξάνει μεν την ΑΠ, αλλά με αυτή την αύξηση επιτυγχάνεται, όπως προαναφέρθηκε, επαρκής απέκκριση και αποβολή του από το ουροποιητικό σύστημα. Ο παχύσαρκος με τη δημιουργία μεγαλύτερου αγγειακού δικτύου επιτυγχάνει επαρκή αιμάτωση των ιστών, αυξάνοντας την αρτηριακή του πίεση, ανεξαρτήτως του τιμήματος που θα καταβληθεί, μακροπρόθεσμα (εγκεφαλικό επεισόδιο, νεφρική και καρδιακή ανεπάρκεια κ.τ.λ.). Αν λοιπόν επέμβουμε με τεχνητό τρόπο χορηγώντας κάποιο αντιυπερτασικό φάρμακο, χωρίς να επιχειρήσουμε να διορθώσουμε τις γενεσιουργές αιτίες, ο ασθενής θα αισθάνεται καταβεβλημένος, με ρυθμισμένη ΑΠ, ενώ πριν αισθανόταν καλύτερα.

Ένας υπερτασικός υπό φαρμακευτική αγωγή:

Ήμουν μια χαρά γιατρέ μου και αισθάνομαι ένα ράκος,

μήπως με τα φάρμακά σου έχεις κάνει κάποιο λάθος;

Η γυναίκα μου είναι νέα κι έχει δίψα για ζωή.

Μηρσο στα μάτια μου θολούρα και με σφίξαν τα λουριά,

όταν άκουσα να λέει σε μια φίλη της στενή,

αυτός τίποτα δεν κάνει παρά μόνο κατουρά.

Έχουν περιγραφεί και περιπτώσεις αιφνίδιου θανάτου σε άτομα, ιδίως με στεφανιαία ανεπάρκεια, λόγω μείωσης της αιμάτωσης (ισχαιμίας) του μυοκαρδίου (ύστερα από την απότομη ρύθμιση της ΑΠ) ή οξέως πνευμονικού οιδήματος από κατακράτηση χλωριούχου νατρίου - ύδατος, συνεπεία της μεγάλης πτώσης της ΑΠ, από παθολογικά σε φυσιολογικά επίπεδα, μετά από τη χορήγηση αντιυπερτασικού σε πάσχοντες που δεν περιορίσαν την κατανάλωση αλατιού ή δεν έλαβαν συγχρόνως και ένα αλατο-διουρητικό φάρμακο. Η υπέρταση, όπως και οι περισσότερες εκφυλιστικές και άλλες παθολογικές καταστάσεις από τις οποίες μαστίζονται οι σύγχρονες δυτικές καταναλωτικές κοινωνίες, είναι απόρροια του λανθασμένου τρόπου ζωής και ιδίως της διατροφής.

Αποτελεί βεβαίως πρόκληση η αναγραφή ενός σύγχρονου αντιυπερτασικού φαρμάκου που συνδυάζεται με ένα διουρητικό, αλλά και την εύκολη λύση και ίσως την παραδοχή της ήττας μας απέναντι στο πρόβλημα. Δεν θα έπρεπε όμως να υποβιβάζομαστε σε διανομείς δηλητηρίων, όπως είναι τα φάρμακα, και γενικά να καταφεύγουμε στη συμπτωματική, στην κατασταλτική ιατρική, ε-

άν δεν εξαντλήσουμε πρώτα όλα τα περιθώρια και τις δυνατότητες που μας προσφέρει η μη φαρμακευτική (εξατομικευμένη στις τρέχουσες ανάγκες και ιδιαιτερότητες του κάθε ασθενούς) αγωγή. Ο βασικός ρόλος του γιατρού δεν μπορεί να είναι άλλος από τον εκπαιδευτικό - συμβουλευτικό, προς την κατεύθυνση της ευαισθητοποίησης του κόσμου ότι η οριστική λύση των προβλημάτων υγείας (σε επίπεδο πρόληψης και θεραπείας), σε ποσοστό πάνω από το 90% των περιπτώσεων, δεν βρίσκεται στο αναγραφόμενο "αλλοπαθητικό" ή "ομοιοπαθητικό" καταπότιο κάποιας μαγικής συνταγής ούτε σε οποιαδήποτε "εναλλακτική" θεραπευτική μέθοδο, αλλά στην υπακοή στους φυσικούς νόμους που διέπουν την ανθρώπινη ύπαρξη.