

Δημοσίευση Γεωργίου Μανουσάκη (σε 4 screenshots)

00:40       74

 **Georgios Manousakis**  

1 ημ. 

Σχόλιο σε κάποια "πιασιάρικα" και πολύ "της μόδας" θέματα διατροφής.

Τα τελευταία χρόνια έχουμε αρχίσει να παρατηρούμε μια αναθεώρηση του δόγματος ότι η υψηλή χοληστερίνη παίζει μεγάλο ρόλο στην αθηροσκλήρωση και τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Και η αλήθεια είναι ότι η αναθεώρηση έχει μια λογική βάση. Επί δεκαετίες γνωρίζαμε ότι η υψηλή LDL (η "κακή" χοληστερίνη) είναι μείζων παράγοντας κινδύνου, και αυτό συνέβαλε στην ανάπτυξη φαρμάκων που μείωναν από πολύ μέχρι θεαματικά τα επίπεδα LDL στο αίμα, και που πράγματι απέτρεψαν και ακόμα αποτρέπουν εκατοντάδες χιλιάδες θανάτους από καρδιαγγειακά συμβάματα. Μιλάμε κατά κύριο λόγο για τις γνωστές στατίνες και κατά δεύτερο λόγο για άλλα φάρμακα μείωσης χοληστερίνης. Γιατί λοιπόν αποφασίσαμε να αλλάξουμε μυαλά τις τελευταίες δυο δεκαετίες; Γιατί διαπιστώσαμε ότι τελικώς δεν είναι όλα τα σωματία LDL τα ίδια: Υπάρχουν κάποια μικρά, πολύ πυκνά σωματία τα οποία είναι άκρως βλαπτικά/αθηρογόνα, και κάποια μεγαλύτερα, πιο αραιά/χαλαρά, που μάλλον δε βλάπτουν και τόσο. Επομένως, όταν μετράμε απλά τη συνολική LDL στο αίμα, όπως γίνεται συνήθως στις εξετάσεις χοληστερίνης, δεν μπορούμε να ξέρουμε αν έχουμε κυρίως μικρά πυκνά σωματία, ή μεγάλα αραιά. Προσδιορισμός σωματίων LDL νομίζω ότι γίνεται πλέον, αλλά είναι πανάκριβη εξέταση και προφανώς όχι ρουτίνας.

Το δεύτερο και σημαντικότερο είναι ότι με τα χρόνια διαπιστώσαμε ότι είναι μάλλον σπάνιο η

Το δεύτερο και σημαντικότερο είναι ότι με τα χρόνια διαπιστώσαμε ότι είναι μάλλον σπάνιο η LDL από μόνη της και χωρίς κανένα άλλο παράγοντα κινδύνου, να προκαλεί μεγάλη βλάβη στα αγγεία. Στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων, υπάρχουν και άλλοι παράγοντες κινδύνου όπως υπέρταση, κάπνισμα, και, πολύ περισσότερο απ' όλα, μεταβολικό σύνδρομο, παχυσαρκία, ή και διαβήτης ή ΑΝΤΙΣΤΑΣΗ στην ινσουλίνη. Η αντίσταση στην ινσουλίνη σχετίζεται κατά κύριο λόγο με την κατανάλωση υδατανθράκων/σακχάρων και όχι τόσο λιπών, και υπάρχουν διάφοροι έμμεσοι δείκτες αυτής της αντίστασης όπως το ηλικίο τριγλυκεριδίων προς HDL (όσο μεγαλύτερο τόσο χειρότερα, και ιδανικά πρέπει να είναι κάτω από 3).

Αυτή η πληρέστερη κατανόηση των παραγόντων κινδύνου οδήγησε σε τάση αναθεώρησης των διατροφικών οδηγιών. Επί χρόνια είχαμε εστιάσει στη μείωση των λιπαρών, με αποτέλεσμα να αυξηθεί η κατανάλωση επεξεργασμένων τροφών υψηλών σε υδατάνθρακες και με υδατάνθρακες υψηλού γλυκαιμικού δείκτη. Και αυτά οδήγησαν σε αύξηση παχυσαρκίας, αντίστασης στην ινσουλίνη, κτλ.

Όμως τα τελευταία χρόνια έχουμε δει κάποιους "εξτρεμιστές" συναδέλφους να το πάνε στο άλλο άκρο. Δηλαδή: 1) Να ισχυρίζονται ούτε λίγο ούτε πολύ ότι οι στατίνες είναι άχρηστες σε ανθρώπους νέους με υψηλή LDL. Άκρως βλακώδης προσέγγιση. Προφανώς δεν θα πρέπει να συνταγογραφείται με την πρώτη φάρμακο σε ασθενείς με υψηλή LDL ΚΑΙ ΜΟΝΟ, αλλά επίσης προφανώς θα πρέπει να υπολογίζεται ο καρδιαγγειακός κίνδυνος με βάση τους υπόλοιπους παράγοντες. Εάν κάποιος έχει

Όμως τα τελευταία χρόνια έχουμε δει κάποιους "εξτρεμιστές" συναδέλφους να το πάνε στο άλλο άκρο. Δηλαδή: 1) Να ισχυρίζονται ουτε λίγο ούτε πολύ ότι οι στατίνες είναι άχρηστες σε ανθρώπους νέους με υψηλή LDL. Άκρως βλακώδης προσέγγιση. Προφανώς δεν θα πρέπει να συνταγογραφείται με την πρώτη φάρμακο σε ασθενείς με υψηλή LDL ΚΑΙ ΜΟΝΟ, αλλά επίσης προφανώς θα πρέπει να υπολογίζεται ο καρδιαγγειακός κίνδυνος με βάση τους υπόλοιπους παράγοντες. Εάν κάποιος έχει υψηλή LDL, πίνει, καπνίζει, έχει υπέρταση, αλλά δεν έχει "αντίσταση στην ινσουλίνη", δε σημαίνει ότι ΔΕΝ κινδυνεύει!!!

2) Να προωθούν μέχρι αηδίας την υψηλή κατανάλωση κρέατος και μάλιστα κόκκινου (carnivores).

Για να συννενοούμε: Αν κάποιος έχει αντίσταση στην ινσουλίνη ή διαβήτη, έχει δυο τρόπους να αντιμετωπίσει το πρόβλημα: Μεσογειακή διατροφή ή κετογόνο, ή έστω διατροφή που προσεγγίζει τρόπον τινά μια από τις δυο εκδοχές. Το κοινό χαρακτηριστικό και των 2; Δεν τρως επεξεργασμένα τρόφιμα και ιδίως με υψηλούς υδατάνθρακες: Πίτσες, κρουασάν, πίτες, γλυκά, πολύ λευκό ψωμί, ρύζι και μακαρόνια. Πού διαφέρουν; Στη μεσογειακή τρως και τα όσπρια σου, και τα φρούτα σου, και τα λαχανικά σου, και κάποιους υδατάνθρακες(ολικής αλέσεως/μαύρα ψωμιά, ρύζια, κτλ), και λευκό κρέας, αλλά το κόκκινο με μέτρο, 2-3 φορές το μήνα. Στην κετογόνο κατεβάζεις κρέατα και ψάρια αβέρτα, τρως επιλεγμένα λαχανικά και φρούτα (όχι φρούτα υψηλού γλυκαιμικού), και τρως αυγά, και λιπαρά τύπου ξηρών καρπών αβέρτα.

Σας πληροφορώ ότι ΔΕΝ έχει αποδειχθεί ότι η

τρόπους να αντιμετωπίσει το πρόβλημα: Μεσογειακή διατροφή ή κετογόνο, ή έστω διατροφή που προσεγγίζει τρόπον τινά μια από τις δυο εκδοχές. Το κοινό χαρακτηριστικό και των 2; Δεν τρως επεξεργασμένα τρόφιμα και ιδίως με υψηλούς υδατάνθρακες: Πίτσες, κρουασάν, πίτες, γλυκά, πολύ λευκό ψωμί, ρύζι και μακαρόνια. Πού διαφέρουν; Στη μεσογειακή τρως και τα όσπρια σου, και τα φρούτα σου, και τα λαχανικά σου, και κάποιους υδατάνθρακες (ολικής αλέσεως/μαύρα ψωμιά, ρύζια, κτλ), και λευκό κρέας, αλλά το κόκκινο με μέτρο, 2-3 φορές το μήνα. Στην κετογόνο κατεβάζεις κρέατα και ψάρια αβέρτα, τρως επιλεγμένα λαχανικά και φρούτα (όχι φρούτα υψηλού γλυκαιμικού), και τρως αυγά, και λιπαρά τύπου ξηρών καρπών αβέρτα.

Σας πληροφορώ ότι ΔΕΝ έχει αποδειχθεί ότι η κετογόνος δίαιτα είναι ανώτερη της μεσογειακής στην αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος. Επίσης, οι φανατικοί της carnivore diet καλό θα είναι να γνωρίζουν ότι η κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων κόκκινου κρέατος, ΑΚΟΜΑ ΚΑΙ ΚΑΘΑΡΟΥ, ΦΙΛΕΤΟΥ, ΜΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΜΕΝΟΥ (δε μιλάμε για αλλαντικά!), ΣΑΦΩΣ αυξάνει τον κίνδυνο ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ (και κάποιων άλλων, παγκρέατος, προστάτη, κτλ).

Επομένως: Μην τρελαίνουμε τον κόσμο με τις ξενόφερτες keto-υστερίες. Οκ, αν θες να ακολουθήσεις για λίγο καιρό keto για να ελαττώσεις δραματικά τους υδατάνθρακες, κανένα πρόβλημα, αλλά μακροχρόνια καλό είναι να κρατάμε και λίγο ισορροπίες. Αν μπορούσαμε να τρώμε κρέας και δη κόκκινο όχι πάνω από 2 φορές την εβδομάδα, πιστεύω ότι θα ζούσαμε παραπάνω.