

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



Πτυχιακή εργασία

Αξιολόγηση του κινδύνου για εμφάνιση καρδιαγγειακού
επεισοδίου τα επόμενα 10 έτη : ο ρόλος της παχυσαρκίας

Υπό:

Βαβουράκη Πηνελόπη
Βουλγαράκη Χρυσούλα
Κοντογιάννη Αικατερίνη

Επιβλέπων:

Κλεισιάρης Χρήστος

Ηράκλειο 2017

Η παρούσα πτυχιακή εργασία εγκρίθηκε από τον πρόεδρο του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΑΤΕΙ Κρήτης, κο Μελά Χρήστο, στις με Αριθμό Πρωτοκόλλου 2342 και αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία των συγγραφέων και του Ιδρύματος εν γένει (Ν. 2121 /1993).

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Πριν και πάνω απ όλους θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον επιβλέποντα καθηγητή του νοσηλευτικού τμήματος, κο Κλεισιάρη Χρήστο για την αμέριστη υποστήριξη που μας παρείχε καθ όλη την διάρκεια εκπόνησης της εργασίας αυτής.Επίσης ευχαριστούμε θερμά όλους τους καθηγητές του νοσηλευτικού τμήματος, οι οποίοι μας καθοδήγησαν και μας δίδαξαν σ όλο το διάστημα της τετραετούς φοίτησής μας.

Περιεχόμενα

Ευρετήριο πινάκων, εικόνων και σχημάτων	5
Περίληψη	7
Summary	8
Πρόλογος	9
<hr/>	
Γενικό Μέρος	
Εισαγωγή	11
Κεφάλαιο 1°	
Ανάμεσα σε δύο εποχές	14
Ανατομία καρδιάς	15
Μυοκάρδιο	17
Στεφανιαία κυκλοφορία	18
Ερεθισματοαγωγό σύστημα	19
Οι αρτηρίες	19
Οι φλέβες	20
Τριχοειδή αγγεία	20
Φυσιολογία του καρδιαγγειακού συστήματος	21
Ο καρδιακός κύκλος	24
Ηλεκτροκαρδιογράφημα και φυσιολογική λειτουργία καρδιάς	26
Παθήσεις του καρδιαγγειακού συστήματος	28
Επιδημιολογία	28
Αιτιολογία και προδιαθεσικοί παράγοντες	29
Ενδείξεις και συμπτώματα	31
Κεφάλαιο 2°:	
Πολυνοσηρότητα: γενικές πληροφορίες	32
Παράγοντες κινδύνου και ασθένειες για εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων	33
Γονίδια και ιοί	34
Heart score	36
Σε ο,τι αφορά το κάπνισμα και στις ασθένειες καρδιαγγειακού κινδύνου	38
Πως το κάπνισμα επηρεάζει το καρδιαγγειακό σύστημα	38
Κίνδυνοι του παθητικού συστήματος που επηρεάζει το καρδιαγγειακό σύστημα	39
Ακόλουθα συμπτώματα παθητικού καπνίσματος, παθητικό κάπνισμα	39
Υπέρταση στην Ελλάδα	40
Επιδημιολογικά στοιχεία	40
Καθιστική ζωή και διατροφικές συνήθειες των Ελλήνων	40
Σακχαρώδης διαβήτης ορισμός	41
Ο σακχαρώδης διαβήτης σε παγκόσμιο και ευρωπαϊκό επίπεδο	42
Κατάσταση που επικρατεί στην Ελλάδα και υπόλοιπη Ευρώπη	43
Οι κύριοι στόχοι του ευρωπαϊκού χάρτη	44
Η Ευρώπη χρήζει άμεση παρέμβαση	45
Κεφάλαιο 3°:	
Ψυχολογικοί παράγοντες: Γενικές πληροφορίες	48
Οι κυριότερες μορφές κατάθλιψης	49
Συμπτωματολογία της κατάθλιψης	50
Διάγνωση	50
Άγχος	52
Σχέσεις μεταξύ της κατάθλιψης, άγχους και αρνητικής καρδιακής έκβασης σε σχέση με	53

την κατάθλιψη	
Σχέσεις μεταξύ της κατάθλιψης, άγχους και αρνητικής καρδιακής έκβασης σε σχέση με το άγχος	55
Όρος στρες	56
Επιδημιολογία	57
Αιτιοπαθογένεια στρες	57
Μοντέλα άγχους	57
Σχέσεις μεταξύ της κατάθλιψης, άγχους και αρνητικής καρδιακής έκβασης μεταξύ των ασθενών που πάσχουν από ισχαιμίες	58
Συμπερασματικά	61
Κεφάλαιο 4^ο:	62
Σημασία διατροφής και τρόπου ζωής	
Η σημασία της διατροφής και του τρόπου ζωής στην αποτελεσματική πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων	63
Τα «κακά» λίπη στη διατροφή	65
Κορεσμένα λιπαρά οξέα	66
Trans – Υδρογονωμένα λιπαρά οξέα	67
Αυξημένη πρόσληψη νατρίου	68
Μειωμένη πρόσληψη ασβεστίου	70
Πρόσληψη κρέατος	70
Κατάχρηση καφεΐνης	71
Κατανάλωση αναψυκτικών	72
Χαμηλή HDL χοληστερόλη	73
Οικεγενής συνδιασμένη υπερλιπιδαιμία	73
Οι καινούργιες υγιεινιμικές οδηγίες	74
Μεσογειακή διατροφή	76
Ορισμός του αλκοολ	77
Ορισμός του Αλκοολισμού	78
Αλκοολισμός και μερικά χαρακτηριστικά	78
Φάσεις εξέλιξης αλκοολισμού	78
Αλκοολικός	80
Οξύς και χρόνιος αλκοολικός	80
Λόγοι που οδηγούν στο αλκόολ	82
Η αιθανόλη και η δράση της	85
Το αλκοολ και οι παρενέργειες	85
Διάφορες παθήσεις που οφείλονται	87

Ειδικό Μέρος	
Μεθοδολογία	102
Σκοπός	102
Σχεδιασμός Μελέτης	102
Ανάλυση Μελέτης	102
Ηθική και Δεοντολογία	104
Στατιστική Ανάλυση	104
Αποτελέσματα	104
Συζήτηση	109
Περιορισμοί	112
Συμπεράσματα	112
Προτάσεις	114
Βιβλιογραφία	124
Ερευνητικά Εργαλεία	

Ευρετήριο πινάκων, εικόνων και σχημάτων

Εικόνα 1.	Ανατομία της καρδιάς	18
Εικόνα 2.	Η θέση του μυοκαρδίου στην καρδια	19
Εικόνα 3.	Το ερεθισματοαγωγό σύστημα	20
Εικόνα 4.	Ο καρδιακός κύκλος	27
Εικόνα 5.	Η απεικόνιση του καρδιακού ρυθμού στα επάρματα του ηλεκτροκαρδιογραφήματος	30
Εικόνα 6.	Επιπολασμός θανατηφόρων καρδιαγγειακών νοσημάτων ανά τον κόσμο	31
Σχήμα 1.	Ο πίνακας υπολογισμού του καρδιαγγειακού κινδύνου	39
Πίνακας 1.	Βασικά χαρακτηριστικά των 389 συμμετεχόντων της μελέτης	107
Πίνακας 2.	Εκτίμηση 10 – ετούς καρδιαγγειακού κινδύνου	108
Πίνακας 3.	Εκτίμηση παρουσίας παραγόντων κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο	109
Πίνακας 4.	Διερεύνηση πολυνοσηρότητας και παραγόντων για καρδιαγγειακό κίνδυνο	110

Περίληψη

Εισαγωγή: Νοσήματα και συνήθειες όπως υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ θεωρούνται οι κυριότεροι παράγοντες που αυξάνουν σημαντικά τον «καρδιαγγειακό κίνδυνο». Πόσο όμως αυξάνει αυτός ο κίνδυνος στα άτομα στα που πάσχουν από πολλαπλά νοσήματα;

Σκοπός: Να εκτιμηθεί η επίπτωση της πολύ-νοσηρότητας για πιθανή αύξηση του 10-ετούς καρδιαγγειακού κίνδυνου σε κατοίκους που διαμένουν στην Κοινότητα.

Μεθοδολογία: Διενεργήθηκε συγχρονική μελέτη σε 389 άτομα (47% άνδρες) ηλικίας 40 ετών και άνω που επισκέφθηκαν 3 Κέντρα Υγείας του Νομού Ηρακλείου για οποιοδήποτε λόγο κατά τη χρονική περίοδο (Οκτώβριος-Δεκέμβριος 2016). Ο καρδιαγγειακός κίνδυνος εκτιμήθηκε με την σύντομη έκδοση HEART Score, ενώ η παρουσία συνοσηροτήτων με τον Charlson Comorbidity Index. Συνεκτιμώμενοι παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακό κίνδυνο όπως: χρήση αλκοόλ, κατάθλιψη, άγχος και στρες επίσης μελετήθηκαν με τις κλίμακες (AUDIT score) και (Depression Anxiety Stress Scale) αντίστοιχα και ελέγχθηκαν για πιθανές συγχυτικές επιδράσεις. Τα δεδομένα παρουσιάζονται με το λόγο των πιθανοτήτων (Odds Ratio, OR) αντιπροσωπεύοντας το 95% των διαστημάτων εμπιστοσύνης (CI). Τιμές p-value <0,05 θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 60 έτη. Ποσοστό 11,1% διέτρεχε >20% καρδιαγγειακό κίνδυνο (>20% πιθανότητες κινδύνου να παρουσιάσει καρδιακό συμβάν τα επόμενα 10 έτη). Σύμφωνα με το δείκτη Charlson το 50,4% έπασχε από 2- παθήσεις, ενώ το 33,9% από >5. Η λογιστική παλινδρόμηση αποκάλυψε ότι τα άτομα με 2-4 παθήσεις ήταν πιθανότερο να εμφανίσουν αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο [>20%] (OR=1,26; 95%CI:0,72–2,23) έναντι των ατόμων χωρίς συνοσηρότητα. Όμως τα άτομα που έπασχαν από >5 παθήσεις είχαν 4-πλάσιες σχεδόν πιθανότητες (OR=3,85; 95%CI:1,74-8,51) να παρουσιάσουν αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο [>20%] έναντι των ατόμων χωρίς συνοσηρότητα.

Συμπέρασμα: Η παρουσία πολλαπλών συνοσηροτήτων αυξάνει σημαντικά τον καρδιαγγειακό κίνδυνο ενισχύοντας έτσι τη σημαντικότητα της δευτερογενούς πρόληψης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Summary

Introduction: Diseases and habits such as hypertension, diabetes mellitus, smoking, and alcohol consumption are considered to be the main factors that significantly increase the "cardiovascular risk". But how this increases the risk to persons suffering from multiple diseases?

Purpose: To assess the effect of multi-morbidity of a possible increase in the 10-year cardiovascular risk to residents living in the Community.

Methods: A cross-sectional study was conducted in 389 subjects (47% men) aged 40 years and over who visited three health centers of Heraklion for any reason during the period (October-December 2016). The cardiovascular risk was estimated by the short version HEART Score, while the presence of comorbidity was estimated with the Charlson Comorbidity Index. The rest risk factors estimated for cardiovascular risk such as: alcohol, depression, anxiety and stress have also been studied with the scales (AUDIT score) and (Depression Anxiety Stress Scale) respectively and checked for potential confounding effects. Data are presented as the ratio of probabilities (Odds Ratio, OR) representing 95% of the confidence intervals (CI). P-value prices <0.05 were considered statistically significant.

Results: The mean age of the sample was 60 years. 11.1% ran higher than 20% cardiovascular risk ($> 20\%$ risk likely to present cardiac event in the next 10 years). According to Charlson index 50.4% suffered from 2 diseases, while 33.9% of more than 5. The logistic regression showed that subjects with 2 to 4 diseases were more likely to experience an increased cardiovascular risk [$> 20\%$] (OR = 1,26; 95% CI: 0,72-2,23) versus subjects without comorbidities. However, persons suffering from more than 5 diseases had almost 4 times higher odds (OR = 3,85; 95% CI: 1,74-8,51) to have an increased cardiovascular risk [$> 20\%$] versus subjects without comorbidities.

Conclusion: The presence of multiple comorbidities significantly increases cardiovascular risk thus reinforcing the importance of secondary prevention in Primary Health Care.

Πρόλογος

Στην εποχή μας όλα εξελίσσονται. Αυτό αφορά τον τρόπο ζωής, τον τρόπο σκέψευς μας, ακόμα και τις επιλογές μας. Έχουμε φτάσει να νιώθουμε αδύναμοι μπροστά στην εξέλιξη και στον ρυθμό του Δυτικού τρόπου ζωής. Χωρίς να μπορούμε να αντισταθούμε, έχουμε γίνει συμμετέχοι στη δημιουργία και στην επέκταση του προβλήματος. Το πρόβλημα έχει εξαπλωθεί ραγδαία και στην Ελλάδα όσον αφορά τη συμπεριφορά μας απέναντι στην παχυσαρκία, στη κακή διατροφή, στο καθημερινό στρες, στο κάπνισμα και κατ' επέκταση στην ανάπτυξη των καρδιαγγειακών νοσημάτων και γενικότερα του μεταβολικού συνδρόμου. Οι παράγοντες κινδύνου ποικίλουν σε αναστρέψιμους και μη αναστρέψιμους. Η έρευνα για την αναγνώριση των αιτίων και των παραγόντων κινδύνου καθώς και για την αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι εκτεταμένη. Πέρα από τους παράγοντες κινδύνου που δεν υπάρχει τρόπος παρέμβασης για να τροποποιηθούν (ηλικία, φύλο, οικογενειακό ιστορικό), υπάρχει και μια σειρά από άλλους παράγοντες στους οποίους μπορούν να εφαρμοστούν προληπτικοί μηχανισμοί. Νέα ερευνητικά δεδομένα στον τομέα της πρόληψης προκύπτουν ανά τακτά χρονικά διαστήματα από τις ανά τον κόσμο ιατρικές εταιρείες και επιστημονικές έρευνες. Οι σωστές διατροφικές επιλογές αποτελούν το βασικό κομμάτι των οδηγιών πρόληψης των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Ο έλεγχος του βάρους αποτελεί μία από τις βασικότερες συστάσεις για τα υπέρβαρα ή τα παχύσαρκα άτομα που ακολουθούν διατροφικές οδηγίες με στόχο την αποφυγή αύξησης του βάρους. Το πιο σημαντικό κομμάτι της προσπάθειας είναι το άτομο να ασχοληθεί πρώτα με την ποιότητα της διατροφής του και σταδιακά να κάνει αλλαγές που θα βοηθήσουν στη μείωση του βάρους του. Μαζί με μια ισορροπημένη δίαιτα θα ήταν καλό να συστήνεται η αποφυγή / διακοπή καπνίσματος, η κατανάλωση αλκοόλ με μέτρο, η αύξηση της καθημερινής φυσικής δραστηριότητας, η μείωση του στρες και γενικότερα η αλλαγή του τρόπου ζωής και διατροφής.

Γενικό μέρος

Εισαγωγή

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις αποτελούν την πρώτη αιτία θνησιμότητας σε όλο τον κόσμο με σοβαρές επιπτώσεις τόσο στον άνθρωπο όσο και στο σύστημα υγείας μιας χώρας σύμφωνα με το Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Οι κυριότερες καρδιαγγειακές παθήσεις που οδηγούν σε θάνατο είναι η καρδιακή προσβολή και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ⁰. Παγκοσμίως, η θνησιμότητα λόγω των καρδιαγγειακών νοσημάτων κυμαίνεται στο 33,6% στους άντρες και στο 17,9% στις γυναίκες δηλαδή στο σύνολο 25,75%, ⁰ ενώ στην Ευρώπη στους άντρες κυμαίνεται στο 42% και στις γυναίκες στο 51% δηλαδή στο σύνολο του πληθυσμού στο 46% ⁰. Στην Ελλάδα αναφέρεται ότι για το έτος 2005, στους άντρες στο σύνολο 55.030 θανάτων, οι 23.638 προκλήθηκαν από καρδιαγγειακά νοσήματα δηλαδή το 43% και στις γυναίκες στο σύνολο 49.476 θανάτων, οι 25.850 δηλαδή το 52% ⁰. Ευρέως αποδεκτοί παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη καρδιαγγειακής νόσου είναι, η ανθυγιεινή διατροφή,⁰ η έλλειψη σωματικής άσκησης, το κάπνισμα ⁰ και η υπερβολική κατανάλωση του αλκοόλ ⁰. Αυτοί οι παράγοντες ευθύνονται περίπου για το 80% της ανάπτυξης της στεφανιαίας νόσου και των αγγειακών εγκεφαλικών νόσων ⁰. Επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι πέραν των γνωστών παραγόντων κινδύνου για ανάπτυξη καρδιαγγειακών νοσημάτων, η ταυτόχρονη παρουσία περισσότερων από ένα νοσημάτων (πολυνοσηρότητα), αποτελεί επίσης κίνδυνο για την ανάπτυξή τους. Διάφορες μελέτες, χρησιμοποιώντας τον δείκτη συνοσηροτήτων Charlson Comorbidity Index, δείχνουν ότι η παρουσία συνοσηρότητας, είναι σημαντική στην εμφάνιση ενός ευρέως φάσματος καρδιαγγειακών παθήσεων και έχει σημαντική επίδραση σε ασθενείς που ήδη πάσχουν από αυτές. ⁰. Στην μετα-ανάλυση των Rashid et al, στην οποία εξετάσθηκαν τριανταπέντε μελέτες ανάμεσα στις οποίες χρησιμοποιείται ο δείκτης συνοσηρότητας Charlson και γίνεται παρακολούθηση των ασθενών σε διάστημα από ένα μήνα, μέχρι πέντε χρόνια, υπολογίστηκαν οι πιθανότητες για την ανάπτυξη κάθε καρδιαγγειακής νόσου ξεχωριστά. Αναλυτικότερα, άτομα με δύο νοσήματα αναφέρεται να έχουν διπλάσιες πιθανότητες (RR 2.26, 95%, CI 1.23–4.16) να εμφανίσουν οξύ στεφανιαίο σύνδρομο από ότι άτομα με ένα ή και κανένα νόσημα σε διάστημα ενός χρόνου. Η σύγκριση μεταξύ ασθενών με δύο ή περισσότερα νοσήματα και ασθενών με ένα ή κανένα, έγινε επίσης, για την εμφάνιση ή και τον θάνατο από στεφανιαία νόσο (RR 1.38, 95% CI 1.29–1.48), καρδιακή ανεπάρκεια (RR 1.76, 95% CI 1.65–1.87) και αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (RR 3.80, 95% CI 1.20–12.01) με αποτέλεσμα ο κίνδυνος να είναι αυξημένος για τους πρώτους σύμφωνα με την μετέπειτα

παρακολούθησή τους, με το διάστημα της επανεξέτασης να ποικίλει από ένα μήνα έως πέντε χρόνια. Μάλιστα οι ερευνητές συμπεραίνουν ότι, όσα περισσότερα τα νοσήματα, τόσες περισσότερες είναι και οι πιθανότητες να εμφανίσουν κάποιο καρδιαγγειακό νόσημα⁰.

Σε άλλη μελέτη η οποία εξέτασε 29.620 ασθενείς από 69 νοσοκομεία της Σουηδίας σε διάστημα δέκα χρόνων, (2002-2012), διαπίστωσε ότι νοσήματα όπως ο διαβήτης (OR 1.35, 95% CI 1.19 to 1.54), ο μεταστατικός καρκίνος (OR 2.25, 95% CI 1.60 to 3.19), η καρδιακή ανεπάρκεια (OR 1.88, 95% CI 1.57 to 2.25) και η νεφρική ανεπάρκεια (OR 1.84, 95% CI 1.60 to 2.11) αυξάνουν την πιθανότητα θανάτου των ασθενών οι οποίοι έχουν εμφανίσει στεφανιαίο νόσημα⁰. Στον αντίποδα των παραπάνω δεδομένων αποτελούν τα ευρήματα μελέτης στην οποία εξετάστηκαν 1471 ασθενείς με στεφανιαία νόσο σε διάρκεια δεκατριών χρόνων και η παρακολούθησή τους διεξαγόταν τον πρώτο χρόνο, ανά έξι μήνες και ύστερα ετησίως. Αναφέρεται ότι η πολυνοσηρότητα συνδέεται στενά με τη μακροχρόνια επιβίωση ασθενών με στεφανιαία νόσο και συγκεκριμένα προκλήθηκαν 633 θάνατοι και ο μέσος χρόνος μέχρι το θάνατο ήταν 11,4 χρόνια. Σε σύγκριση με τους ασθενείς χωρίς συννοσηρότητα αυτοί με ένα ή περισσότερα νοσήματα ήταν ηλικιακά μεγαλύτεροι, γυναίκες και με αυξημένης σοβαρότητας στεφανιαία νόσο⁰.

Επιπροσθέτως, έχει παρατηρηθεί ότι διάφορες ψυχικές διαταραχές όπως το άγχος, το στρες και η κατάθλιψη συνδέονται με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο⁰. Οι συγκεκριμένοι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες σε συνδυασμό με τη συνήθεια του καπνίσματος και την υπερβολική κατανάλωση του αλκοόλ, έχει παρατηρηθεί ότι βιώνονται σε σημαντικά υψηλότερα ποσοστά σε χώρες που έχει παρέλθει ή βρίσκονται σε οικονομική κρίση, όπως η Ελλάδα, γεγονός το οποίο επιβαρύνει τον κίνδυνο των καρδιαγγειακών νοσημάτων^{0, 0}. Επομένως, δημιουργείται η ανάγκη για τους επαγγελματίες υγείας, να είναι σε θέση να εκτιμήσουν το συνολικό κίνδυνο για καρδιαγγειακά νοσήματα⁰. Αδιαμφισβήτητος είναι ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας όσον αφορά τον πρώιμο εντοπισμό πιθανού καρδιαγγειακού κινδύνου μέσω του προ-συμπτωματικού ελέγχου, ο οποίος θα πρέπει να θεωρείται υψίστης σημασίας παρέμβαση πρόληψης των καρδιαγγειακών νοσημάτων για τους επαγγελματίες νοσηλευτές που εργάζονται στην κοινότητα. Επομένως, υποθέσαμε ότι, τόσο η συνάθροιση των πολλαπλών νοσηροτήτων, όσο και των ανθυγιεινών συμπεριφορών που δύσκολα αποχωρίζονται οι άνθρωποι ακόμα και εάν νοσήσουν, πιθανόν να αυξάνουν τον κίνδυνο πρόκλησης καρδιακών συμβαμάτων στον φαινομενικά υγιή πληθυσμό. Η

παρούσα μελέτη έχει σκοπό να εκτιμήσει τον 10-ετή καρδιαγγειακό κίνδυνο σε κατοίκους που διαμένουν στην Κοινότητα καθώς και να συνεκτιμήσει την επίδραση της πολυνοσηρότητας για πιθανή αύξηση του. Δευτερευόντως, να παρουσιάσει διαφορές που σχετίζονται με τους ενδεδειγμένους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου (πχ, παχυσαρκία, κάπνισμα) και τους μη τροποποιήσιμους (πχ, ηλικία, φύλο) για ενδεχόμενη αύξηση του καρδιαγγειακού κινδύνου.

Κεφάλαιο 1^ο

Ανάμεσα σε δυο εποχές - Μάστιγα τα Καρδιαγγειακά Νοσήματα

Ζούμε σε μια σύγχρονη κοινωνία όπου η αφθονία των αγαθών, αντί να είναι θετικό στοιχείο για τη ζωή μας, αποτελεί τελικά απειλή για την υγεία μας. Η υπεραφθονία των καταναλωτικών αγαθών, αλλά κυρίως των τροφίμων και των βιομηχανοποιημένων προϊόντων σίτισης, μας οδηγεί στην υπερκατανάλωση θερμίδων και αυτό με τη σειρά του στην ανάπτυξη νόσων, όπως τα καρδιαγγειακά. Αντίθετα, η διατροφή των ελλήνων, πριν από 40 χρόνια γνωστή ως μεσογειακή διατροφή είχε προστατευτικό ρόλο στα καρδιαγγειακά νοσήματα. Η διατροφή τους αποτελούταν κατά κύριο λόγο από τρόφιμα που τους έδινε η γη. Δηλαδή δημητριακά, όσπρια, φρούτα, λαχανικά, ελαιόλαδο και κρασί, τα οποία καλλιεργούσαν μόνοι τους. Το κρέας που κατανάλωναν λίγες φορές την εβδομάδα ήταν λευκό. Ενώ κόκκινο κρέας κατανάλωναν ελάχιστα. Οι ίδιοι βέβαια δεν γνώριζαν κάτι παραπάνω από τους υπόλοιπους σχετικά με την υγιεινή διατροφή. Αλλά ήταν αναγκασμένοι να τρέφονται λιτοδίαιτα και να κάνουν χειρωνακτικές εργασίες, γεγονός που εξηγεί την καθημερινή τους αυξημένη φυσική δραστηριότητα. Που να το φαντάζονταν εκείνοι οι άνθρωποι ότι η διατροφή τους θα συζητιόταν τόσο πολύ και ακόμα περισσότερο θα θεωρούταν πανάκεια για διάφορα νοσήματα όπως τα καρδιαγγειακά. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα τις τελευταίες δεκαετίες αποτελούν μάστιγα στις βιομηχανικά ανεπτυγμένες χώρες και τείνουν να μετατραπούν σε πανδημία για τον πλανήτη. Αποτελούν την κύρια αιτία θνησιμότητας στον κόσμο, καθώς ένας στους τρεις θανάτους παγκοσμίως οφείλεται σε καρδιακή νόσο και αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.

Οι παράγοντες κινδύνου, για να αναπτύξει κάποιος καρδιαγγειακό νόσημα, χωρίζονται σε ανεξάρτητους και εξαρτημένους παράγοντες. Ανεξάρτητοι παράγοντες είναι αυτοί που δεν μπορούν να τροποποιηθούν και αφορούν το φύλο, την ηλικία και την κληρονομικότητα. Εξαρτημένοι παράγοντες είναι αυτοί που μπορούν άμεσα να τροποποιηθούν και αφορούν τα υψηλά επίπεδα χοληστερόλης, την υπέρταση, την παχυσαρκία, τον διαβήτη, το κάπνισμα, τη καθιστική ζωή και το άγχος. Μελετώντας τους παράγοντες κινδύνου καταλαβαίνουμε ότι δεν είναι δύσκολο να αντιμετωπίσουμε αλλά και να προλάβουμε την ανάπτυξη μιας καρδιαγγειακής νόσου, ακολουθώντας μια πιο υγιεινή ζωή. Στο παρελθόν οι περισσότερες απ' τις μεγάλες επιδημικές αρρώστιες είχαν υπερνικηθεί από τις κοινωνικές και πολιτιστικές αλλαγές καθώς και τα προληπτικά μέτρα του κοινού, παρά από την άμεση εφαρμογή της ιατρικής γνώσης. Αυτό είναι γεγονός για τη χολέρα, τη φυματίωση, την πολιομυελίτιδα και τις περισσότερες μολυσματικές αρρώστιες.

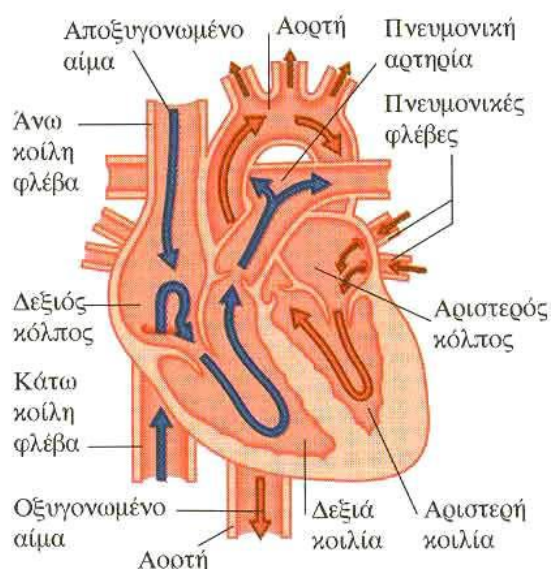
Ανατομία της καρδιάς

Η φυσιολογική καρδιά βρίσκεται μέσα στον περικαρδιακό σάκο, στο μέσο του θώρακα και ελαφρά προς τα αριστερά της μέσης γραμμής. Ο δεξιός κόλπος και η δεξιά κοιλία καταλαμβάνουν το πρόσθιο τμήμα της καρδιάς, ενώ ο αριστερός κόλπος και η αριστερή κοιλία καταλαμβάνουν το οπίσθιο τμήμα. Η κορυφή της καρδιάς αγγίζει την άνω επιφάνεια του διαφράγματος, το οποίο βρίσκεται κοντά στην οπίσθια και κατώτερη καρδιακή επιφάνεια. Η θέση της καρδιάς ποικίλει με τη σωματική διάπλαση του ασθενούς καθώς και με τη φάση της αναπνοής⁰. Η καρδιά αποτελείται από τέσσερις κοιλότητες, το δεξιό κόλπο και τη δεξιά κοιλία, τον αριστερό κόλπο και την αριστερή κοιλία. Οι κόλποι χωρίζονται μεταξύ τους με το μεσοκολπικό διάφραγμα και οι κοιλίες με το μεσοκοιλιακό διάφραγμα. Κάθε κόλπος επικοινωνεί με την ομόπλευρη κοιλία μέσω βαλβίδων. Στο δεξιό κόλπο εκβάλλουν οι άνω και η κάτω κοίλη φλέβα ενώ από τη δεξιά κοιλία εκφύεται η πνευμονική αρτηρία. Στο αριστερό κόλπο εκβάλλουν οι πνευμονικές φλέβες και από την αριστερή κοιλία εκφύεται η αορτή. Στην πρόσθια όψη το μεγαλύτερο τμήμα της επιφάνειας της καρδιάς καταλαμβάνεται από την τριγωνικού σχήματος δεξιά κοιλία, με το στέλεχος της πνευμονικής αρτηρίας να εκφύεται από την κορυφή του τριγώνου. Επί τα άνω και επί τα δεξιά της δεξιάς κοιλίας βρίσκεται ο δεξιός κόλπος (και συγκεκριμένα το ωτίο του) που καλύπτει την έκφυση της αορτής⁰. Η αύλακα που χωρίζει το δεξιό κόλπο από τη δεξιά κοιλία (στεφανιαία αύλακα) περιέχει λίπος και μέσα της πορεύεται η δεξιά στεφανιαία αρτηρία. Στο άνω μέρος του δεξιού κόλπου εκβάλλει η άνω κοίλη φλέβα, ενώ η κάτω κοίλη φλέβα βρίσκεται στη διαφραγματική επιφάνεια της καρδιάς και εκβάλλει στο δεξιό κόλπο. Στην πρόσθια όψη της καρδιάς φαίνεται ένα μικρό τμήμα της αριστερής κοιλίας το οποίο σχηματίζει την κορυφή της καρδιάς. Η πρόσθια μεσοκοιλιακή αύλακα (που χωρίζει τις 2 κοιλίες) περιέχει και αυτή λίπος και μέσα σε αυτή πορεύεται ο πρόσθιος κατιών κλάδος της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας. Το μόνο τμήμα του αριστερού κόλπου που είναι ορατό από εμπρός είναι το αριστερό ωτίο, το οποίο κείται πάνω από την αριστερή κοιλία. Φυσιολογικά οι πνεύμονες καλύπτουν το μεγαλύτερο μέρος της καρδιάς κυρίως κατά την εισπνοή. Από την αριστερή πλάγια όψη η αριστερή κοιλία και ο αριστερός κόλπος καταλαμβάνουν το μεγαλύτερο μέρος της καρδιακής επιφάνειας. Εντός της οπίσθιας μεσοκοιλιακής αύλακας πορεύεται ο πρόσθιος κατιών κλάδος της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας. Εντός της κολποκοιλιακής αύλακας που χωρίζει τον αριστερό κόλπο από την αριστερή κοιλία βρίσκονται ο στεφανιαίος κόλπος και η αριστερή στεφανιαία αρτηρία. Έτσι

λοιπόν, σχηματίζεται μία στεφάνη γύρω από την καρδιά, από την οποία παίρνουν και το όνομά τους τα τροφοφόρα της αγγεία (στεφανιαία αγγεία)⁰. Το οπίσθιο τμήμα της καρδιάς αποτελείται κατά το μεγαλύτερο μέρος του από τον αριστερό κόλπο και την αριστερή κοιλία και λιγότερο από το δεξιό κόλπο και κοιλία.

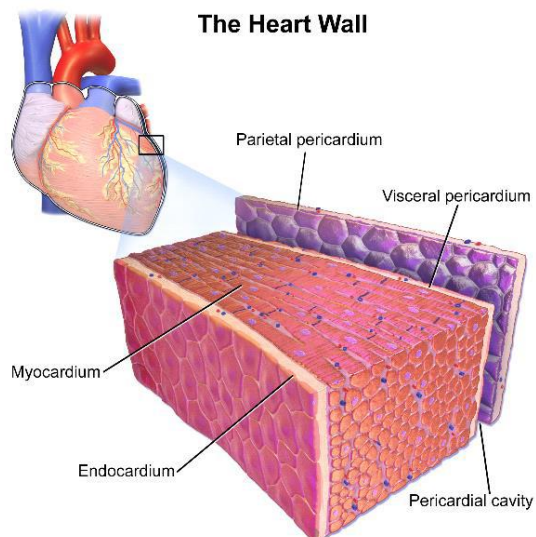
Η άνω και η κάτω κοίλη φλέβα εκβάλλουν στην οπίσθια επιφάνεια του δεξιού κόλπου, ενώ η αορτή φέρεται προς τα επάνω, από την αριστερή κοιλία, από τη μεσότητα της καρδιάς. Η πνευμονική αρτηρία βγαίνοντας από τη δεξιά κοιλία, πορεύεται προς τα άνω και αριστερά μπροστά από την αορτή, εξέρχεται από τον περικαρδιακό σάκο και στη συνέχεια διαχωρίζεται σε αριστερό και δεξιό κλάδο που κατευθύνεται προς τον αντίστοιχο πνεύμονα. Η αορτή εκφύεται βαθιά μέσα στην καρδιά και το κεντρικό της τμήμα καλύπτεται από το δεξιό ωτίο. Πορεύεται προς τα πάνω στο πλάγιο της άνω κοίλης φλέβας προτού δώσει τον πρώτο και μεγαλύτερο κλάδο (ανώνυμη αρτηρία) ο οποίος διχάζεται στη συνέχεια στη δεξιά κοινή καρωτίδα και στη δεξιά υποκλείδιο αρτηρία. Το αορτικό τόξο πορεύεται προς τα αριστερά και πίσω δίνοντας την αριστερή υποκλείδιο και αριστερή κοινή καρωτίδα αρτηρία. Στο δεξιό κόλπο όπως προαναφέρθηκε εκβάλλουν οι άνω και κάτω κοίλη φλέβα και ο φλεβώδης κόλπος. Ο δεξιός κόλπος χωρίζεται από τη δεξιά κοιλία από την τριγλώχινα βαλβίδα, και η δεξιά κοιλία χωρίζεται από την πνευμονική αρτηρία με την τρίπτυχη πνευμονική βαλβίδα ενώ ο αριστερός κόλπος χωρίζεται από την αριστερή κοιλία με τη δίπτυχη μιτροειδή βαλβίδα. Η αριστερή κοιλία χωρίζεται από την αορτή με την τρίπτυχη αορτική βαλβίδα^{0,0}.

Εικόνα 1. Ανατομία της καρδιάς.



Το μυοκάρδιο

Το μυοκάρδιο αποτελεί ένα συγκεκριμένο τμήμα μυϊκού ιστού στην καρδιά, το οποίο έχει την ικανότητα να συστέλλεται για τη διάχυση του αίματος στον οργανισμό μέσω του κυκλοφορικού συστήματος. Στο μυοκάρδιο βρίσκονται οι δύο κόλποι και οι δύο κοιλίες της καρδιάς, οι οποίοι σχηματίζουν το μυοκάρδιο των κόλπων και το μυοκάρδιο των κοιλιών, δύο μέρη τα οποία συνδέονται μεταξύ τους και αλληλεπιδρούν⁰. Ο καρδιακός μυς, γνωστός στην επιστημονική βιβλιογραφία και ως «μυοκάρδιο», αποτελεί έναν από τους τρεις τύπους μυών του ανθρώπινου σώματος. Συγκεκριμένα, στο ανθρώπινο σώμα υπάρχουν ακόμη σκελετικοί και λείοι μύες. Παρόλα αυτά, ο καρδιακός μυς είναι μοναδικός και δεν συναντάται πουθενά αλλού στο ανθρώπινο σώμα κάποιος ίδιος ή παρόμοιος με εκείνον. Αναλυτικότερα, εξετάζοντας κανείς το μυοκάρδιο στο μικροσκόπιο παρατηρεί ότι εκείνο αποτελείται από πολλές ραβδώσεις, οι οποίες είναι επί της ουσίας βαθιές κόκκινες ίνες ή ινίδια. Καθεμιά από αυτές τις ίνες δημιουργεί διακλαδώσεις, που με τη σειρά τους έρχονται σε άμεση επαφή με τις ίνες των υπολοίπων κυττάρων του μυοκαρδίου. Για τον λόγο αυτό, το μυοκάρδιο έχει τη δυνατότητα να λειτουργεί ως δίκτυο⁰.



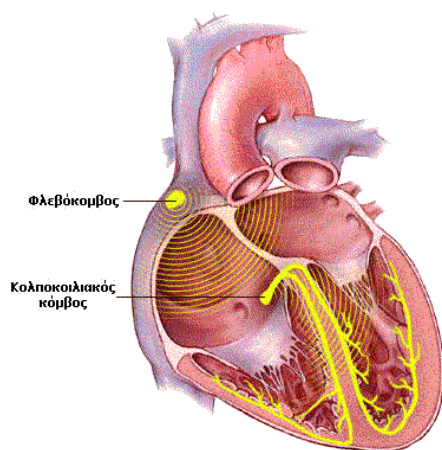
Εικόνα 2. Η θέση του μυοκαρδίου στην καρδιά.

Στεφανιαία κυκλοφορία

Οι δυο κύριες στεφανιαίες αρτηρίες (αριστερή και δεξιά) εκφύονται από τον αριστερό και δεξιό κόλπο αντίστοιχα, μέσα από τους θυλάκους των μηνοειδών πτυχών. Στο 30% των ατόμων μικρότερη είναι η αριστερή στεφανιαία αρτηρία. Η αριστερή στεφανιαία αρτηρία αφού πορευθεί πίσω από την πνευμονική αρτηρία, διαχωρίζεται σε πρόσθιο και περισπώμενο κλάδο. Από τον πρόσθιο κλάδο εκπορεύεται ένας κατιών κλάδος ο οποίος πορεύεται στη μεσοκοιλιακή αύλακα⁰. Η δεξιά στεφανιαία αρτηρία πορεύεται στην κολποκοιλιακή αύλακα προς τα κάτω και πίσω όπου δίνει τον οπίσθιο κατιόντα μεσοκοιλιακό κλάδο. Κοντά στην έκφυση της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας εκβάλλει ένας πρόσθιος δεξιός κολπικός κλάδος, ο οποίος αιματώνει τον φλεβόκομβο. Από τον οπίσθιο κατιόντα κλάδο της δεξιάς στεφανιαίας αιματώνεται και ο κολποκοιλιακός κόμβος. Η ύπαρξη παράπλευρης κυκλοφορίας στο στεφανιαίο δίκτυο είναι μια μεταβλητή που είναι δύσκολο να εκτιμηθεί και η οποία μεταβάλλεται προϊόντος του χρόνου. Παρόλα αυτά η ύπαρξή της είναι εξαιρετικά σημαντική τόσο στην ανάπτυξη όσο και στην πρόγνωση της στεφανιαίας νόσου. Η στεφανιαία κυκλοφορία παροχετεύεται ως επί το πλείστον από τον στεφανιαίο κόλπο, ενώ υπάρχουν και λίγες φλέβες οι οποίες παροχετεύουν απευθείας μέσα στα καρδιακά διαμερίσματα (θηβεσιανές φλέβες). Ο στεφανιαίος κόλπος σχηματίζεται από τη μείζονα καρδιακή φλέβα (που παροχετεύει την αριστερή κοιλία) και την οπίσθια καρδιακή φλέβα Βαρδής, Π., Γουδέβενος, Ι., και Ελισάφ, Μ. (επ.) (2005). *Βασική Κλινική Καρδιολογία*. Αθήνα: Πασχαλίδης.0⁰.

Ερεθισματοαγωγό σύστημα

Ο φλεβόκομβος, από τον οποίο ξεκινά το ερέθισμα της καρδιακής διέγερσης, εντοπίζεται στη συμβολή της άνω κοίλης φλέβας και του δεξιού κόλπου. Ο κολποκοιλιακός κόμβος εντοπίζεται στο δεξιό οπίσθιο τμήμα του μεσοκοιλιακού διαφράγματος, πλησίον της βάσης της τριγλώχινας και συνεχίζει με το δεμάτιο του Hiss το οποίο διχάζεται σε αριστερό και δεξιό σκέλος στο ύψος του μεσοκοιλιακού διαφράγματος. Το αριστερό σκέλος χωρίζεται σε πρόσθιο και οπίσθιο κλάδο και οι 3 κλαδοι πορεύονται στη συνέχεια υπενδοκαρδιακά κοντά στο μεσοκοιλιακό διάφραγμα, προτού διαχωριστούν στις ίνες του Purkinje οι οποίες κατανέμονται σε όλα τα τμήματα του κοιλιακού μυοκαρδίου^{0,0,0}.



Εικόνα 3. Το ερεθισματοαγωγό σύστημα.

Οι Αρτηρίες

Είναι οι ελαστικοί και συσταλτοί σωλήνες, με τους οποίους απάγεται το αίμα από την καρδιά. Το τοίχωμα τους είναι παχύ και αποτελείται από τρεις χιτώνες, από τους οποίους ο έξω περιέχει ελαστικές ίνες, ο μέσος περιέχει λείες μυϊκές ίνες και ο έσω αποτελείται από στιβάδα ενδοθηλιακών κυττάρων. Η παραπάνω δομή εξηγεί και τις ιδιότητες των αγγείων αυτών δηλαδή, την ελαστικότητα τους, τη διατήρηση αυτού ακόμα και όταν δεν περιέχουν αίμα και τη δυνατότητα σύσπασης του τοιχώματος τους.

Όλες οι αρτηρίες του σώματος είναι κλάδοι δύο μεγάλων στελεχών, της αορτής και της πνευμονικής αρτηρίας. Η αορτή που είναι η μεγαλύτερη από όλες τις αρτηρίες του σώματος, εκφύεται από την αριστερή κοιλία της καρδιάς και στρέφεται προς τα κάτω

σχηματίζοντας το λεγόμενο αορτικό τόξο. Από εδώ φεύγουν αγγεία που φέρνουν αίμα προς την κεφαλή και τα άνω άκρα, ενώ η αορτή συνεχίζει την πορεία της παράλληλα με τη σπονδυλική στήλη, δίνοντας αγγεία για την αιμάτωση των σπλάγχων του θώρακα και της κοιλίας. Στο επίπεδο της πυέλου διχάζεται σε αγγεία που αιματώνουν τα όργανα της πυέλου και τα κάτω άκρα. Η πνευμονική αρτηρία εκφύεται από τη δεξιά κοιλία και μετά σύντομη πορεία διχάζεται σε δεξιό και αριστερό κλάδο, που ο καθένας τους φέρεται στο σύστοιχο πνεύμονα. Τα αγγεία που σαν κλαδιά δένδρου ξεκινούν από τις αρτηρίες αυτές, διαιρούνται συνεχώς σε αρτηρίες μικρότερου μεγέθους μέχρι το επίπεδο που ονομάζονται αρτηρίδια, και στη συνέχεια μεταπίπτουν σε τριχοειδή⁰.

Οι φλέβες

Είναι τα αγγεία μέσω των οποίων επιστρέφει το αίμα από τους διάφορους ιστούς στη καρδιά. Το τοίχωμα τους αποτελείται από τους ίδιους χιτώνες με των αρτηριών αλλά είναι λεπτότερο. Οι περισσότερες από αυτές έχουν βαλβίδες, δηλαδή προεκβολές του τοιχώματος τους προς τον αυλό, που εμποδίζουν την παλινδρόμηση του αίματος, επιτρέποντας του να κινηθεί μόνο προς την κατεύθυνση της καρδιάς. Οι φλέβες είναι περισσότερες από τις αρτηρίες και πολλαπλώς αναστομούμενες μεταξύ τους σχηματίζουν φλεβικά πλέγματα ή δίκτυα. Οι σπουδαιότερες φλέβες του ανθρώπινου σώματος είναι: Η κάτω κοίλη φλέβα που σχηματίζεται από τη συνένωση των φλεβών από τα όργανα που βρίσκονται κάτω από το διάφραγμα και η οποία τελικά εκβάλλει στον δεξιό κόλπο. Η άνω κοίλη φλέβα, που σχηματίζεται από τη συνένωση των φλεβών των οργάνων που είναι πάνω από το διάφραγμα και εκβάλλει στο δεξιό κόλπο. Οι πνευμονικές φλέβες (δυο από κάθε πνεύμονα) που εκβάλουν στον αριστερό κόλπο⁰.

Τριχοειδή αγγεία

Είναι πολύ λεπτά αγγεία, αόρατα με γυμνό μάτι. Αποτελούν κατάληξη των αρτηριδίων και σχηματίζουν δίκτυα γύρω από τα κύτταρα των ιστών. Χαρακτηρίζονται από το πολύ λεπτό τοίχωμα τους, που αποτελείται από μια στιβάδα ενδοθηλιακών κυττάρων, που περιβάλλονται από ένα λεπτό υμένα(βασική μεμβράνη). Από τη συνένωση των τριχοειδών σχηματίζονται στη

συνέχεια τα φλεβίδια που αποτελούν και την αρχή των φλεβών. Τα τριχοειδή αποτελούν και το σπουδαιότερο λειτουργικά τμήμα των αγγείων, διότι μέσω του τοιχώματος των, επιτελείται η ανταλλαγή των διαφόρων ουσιών ανάμεσα στο αίμα και το υγρό των ιστών⁰.

Φυσιολογία του καρδιαγγειακού συστήματος

Η καρδιά λειτουργεί με τρόπο αυτόματο, λαμβάνοντας ερεθίσματα που παράγονται σε διάφορα τμήματα του μυοκαρδίου. Για τον λόγο αυτό δεν χρειάζεται ιδιαίτερα εξωτερικά νευρικά ερεθίσματα. Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως σχετικά με την ανατομία του μυοκαρδίου, τα κύτταρα του καρδιακού μυός διαθέτουν κάποια χαρακτηριστικά που τα κάνουν ιδιαίτερα αποτελεσματικά στην συσταλτική λειτουργία της καρδιάς, όπως για τα παράδειγμα το γεγονός ότι αποτελούνται από γραμμωτά νημάτια ακτίνης και μυοσίνης, ενώ είναι τακτοποιημένα σε συγκύτια. Ένα ακόμα χαρακτηριστικό, το οποίο είναι μοναδικό στο μυοκάρδιο, έγκειται στην ικανότητά του να αρχίζει αυτόματα τις ηλεκτρικές ώσεις που προκαλούν τη μηχανική συστολή Κοντόπουλος, Α. (2002). Επίτομη καρδιολογία. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.⁰ Το σύστημα αυτό αποτελείται από κύτταρα και ίνες μυϊκής προελεύσεως λειτουργικά διαφοροποιημένες, που χωρίζονται από τις ίνες του μυοκαρδίου με συνδετικό ιστό και διαιρούνται σε τρία τμήματα:

Το φλεβοκομβικό τμήμα.

Το φλεβοκομβικό τμήμα περιλαμβάνει το φλεβόκομβο, γνωστό και ως «κόμβο των Keith και Flack», και βρίσκεται μέσα στο μυοκάρδιο του δεξιού κόλπου, κοντά στην εκβολή της άνω κοίλης φλέβας. Ο φλεβόκομβος αποτελείται με τη σειρά του από τρία διαφορετικά είδη κυττάρων, τα κοινά κύτταρα, τα μεταβατικά και τα βηματοδοτικά.

Το κολποκοιλιακό τμήμα.

Το κολποκοιλιακό τμήμα περιλαμβάνει (α) τον κολποκοιλιακό κόμβο, γνωστό και ως «κόμβο των Aschof- Tawara», που βρίσκεται στο πίσω τμήμα του μεσοκολπικού διαφράγματος κοντά στην εκβολή του στεφανιαίου κόλπου και (β) το δεμάτιο του His και τα σκέλη του, που αποτελούν την ανατομική - λειτουργική συνέχεια του κόμβου Aschof - Tawara. Το δεμάτιο του His διαπερνά τον ινώδη δακτύλιο, πορεύεται μέσα στο

κολποκοιλιακό διάφραγμα και χωρίζεται, μετά από μια σύντομη πορεία, στα δύο τους σκέλη, αριστερό και δεξιό.

Αξίζει να σημειωθεί ότι τις τελικές διακλαδώσεις του συστήματος μέσα στο μυοκάρδιο των κοιλιών αποτελούν ίνες του Purkinje, οι οποίες χωρίς εμφανή όρια, καταλήγουν στις ίνες του συσταλού μυοκαρδίου⁰. Αρχικά, η διέγερση εμφανίζεται αυτόματα σε ίνες του φλεβόκομβου, υπό την μορφή αναστροφής της ηλεκτρικής διπλοστοιβάδας της κυτταρικής μεμβράνης των μυϊκών ινών και θέτει σε κίνηση το μηχανισμό της συστολής στα μυϊκά ινίδια. Μέσα στις μυϊκές ίνες η κυτταρική μεμβράνη των ινών, όταν βρίσκεται σε κατάσταση ηρεμίας, στην εξωτερική της επιφάνεια εμφανίζει θετικά ηλεκτρικά φορτία, στην εξωτερική της επιφάνεια είναι φορτισμένη αρνητικά (ηλεκτρική διπλοστοιβάδα). Κατά την επίδραση δραστικών ερεθισμάτων προκαλείται πρόσκαιρη αναστροφή της ηλεκτρικής διπλοστοιβάδας, έτσι η εξωτερική επιφάνεια της μεμβράνης καθίσταται αρνητική σε σχέση με την εσωτερική (αναστροφή)⁰.

Ο φλεβόκομβος, λοιπόν, καθορίζει κάτω από φυσιολογικές συνθήκες, τη συχνότητα παραγωγής των ερεθισμάτων, γι' αυτό και είναι ο φυσιολογικός βηματοδότης της καρδιάς ή πρωτεύον κέντρο. Όμως σε ορισμένες περιπτώσεις μη λειτουργίας του μπορούν να παραχθούν ερεθίσματα και από τον κόμβο των Aschof-Tawara, ο οποίος θεωρείται δευτερεύον κέντρο. Ο βηματοδότης όμως παράγει φυσιολογικά 60-80 ερεθίσματα το λεπτό, από τον κόμβο Aschof-Tawara παράγονται 50-55 το λεπτό ή και λιγότερα⁰, Μπαχαράκας, Σ. (2005).

Μαθήματα στην καρδιολογία. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.⁰. Με τη δημιουργία, λοιπόν, της διέγερσης ξεκινάει ο καρδιακός κύκλος ή καρδιακή περίοδος, η οποία περιλαμβάνει τρεις κύριες φάσεις: τη συστολή των κόλπων, τη συστολή των κοιλιών και την καρδιακή παύλα ή διαστολή. Επακόλουθο της διέγερσης του φλεβόκομβου είναι η συστολή των κόλπων, όπου η διέγερση αρχίζει από την εκβολή της άνω κοίλης φλέβας και επεκτείνεται μέχρι τα κολποκοιλιακά στόμια. Κατά τη συστολή αυτή προκαλείται βράχυνση των μυϊκών ινών, με συνέπεια την σμίκρυνση των διαμέτρων των κοιλοτήτων των κόλπων και προώθηση του περιεχομένου του αίματος στις κοιλίες. Η συστολή των κόλπων διαρκεί 0,1 sec περίπου 0. Μόλις η διέγερση φτάσει στον κολποκοιλιακό κόμβο μεταδίδεται στις μυϊκές του ίνες, και στη συνέχεια άγεται ταχύτατα με το δεμάτιο του His και στα δύο σκέλη του προς τις διακλαδώσεις τους, με τις οποίες μεταδίδεται σε πολλά σημεία του μυοκαρδίου των κοιλιών, όπου εκτείνεται σε όλες τις ίνες του σε χρονικό διάστημα 0,6 sec. Επακόλουθο αυτής της διέγερσης είναι η ταυτόχρονη συστολή των μυϊκών ινών ολόκληρου του

κοιλιακού μυοκαρδίου. Κατά την έναρξη της συστολής η κολποκοιλιακές βαλβίδες κλείνουν (ισομετρική περίοδος) και κατά συνέπεια η κοιλίες μεταβάλλονται σε κοιλότητες που είναι από παντού κλειστές. Με την έναρξη της συστολής εξασκείται πίεση (φάση έντασης) στο αίμα που περιέχεται μέσα τους. Η πίεση αυτή αυξάνεται απότομα και μέσα σε χρόνο 0,04 sec, ξεπερνά την πίεση που επικρατεί μέσα στην αορτή και την πνευμονική αρτηρία, με συνέπεια τη διάνοιξη των αρτηριακών βαλβίδων. Από τη στιγμή αυτή αρχίζει η διοχέτευση αίματος (φάση εξώθησης) στις αρτηρίες, ενώ η συστολή συνεχίζεται και προκαλεί προοδευτική σμίκρυνση στη διάμετρο των κοιλιών. Τελικά, μετά διάρκεια συστολής 0,2-0,3 δευτερολέπτων αρχίζει αυτόματα η χαλάρωση των ινών του μυοκαρδίου των κοιλιών με συνέπεια την πτώση της ενδοκοιλιακής πίεσης σε σχέση με την πίεση των αρτηριών (αορτής- πνευμονικής). Ακολουθεί η σύγκλιση των μηνοειδών βαλβίδων των δύο αυτών αγγείων και το άνοιγμα των κολποκοιλιακών βαλβίδων καθώς η ενδοκοιλιακή πίεση γίνεται μεγαλύτερη από την ενδοκοιλιακή. Ο Χάρη στην ιδιαίτερη λειτουργία του, το μυοκάρδιο αναφέρεται συχνά από τη σχετική βιβλιογραφία ως το «συσταλτό μέρος της καρδιάς».

Πράγματι, φαίνεται ότι κάθε κύτταρο του μυοκαρδίου μπορεί να συσταλεί ή να χαλαρώσει, αφού διαθέτει ένα είδος αυτόνομης ρυθμικής δύναμης. Τα κύτταρα αυτά, σε αντίθεση με τους άλλους τύπους μυών, δεν βρίσκονται σε άμεση σύνδεση με το νευρικό σύστημα, αλλά λαμβάνουν συνολικά την εντολή της συστολής από ένα κύμα ηλεκτρισμού, το οποίο παράγεται από τον φλεβόκομβο και τον κολποκοιλιακό κόμβο. Παρόλα αυτά, τα νεύρα έχουν τη δυνατότητα να αλλάζουν τον ρυθμό και την ισχύ της συστολής, χωρίς, όμως, να προκαλούν απαραίτητα τον χτύπο της καρδιάς. Ο φλεβόκομβος εντοπίζεται στη συμβολή του δεξιού κόλπου και της άνω κοίλης φλέβας. Αυτός αποτελείται από ένα σύνολο κυττάρων, τα οποία σχηματίζουν την πρωτογενή ηλεκτρική γεννήτρια της καρδιάς, γνωστή με το όνομα «βηματοδότης». Η λειτουργία του είναι πολύ σημαντική, αφού κάθε καρδιακός παλμός ξεκινά από το φλεβόκομβο και ενεργοποιεί μια αλυσιδωτή ηλεκτρική αντίδραση, η οποία μεταδίδει το σήμα και στους δύο κόλπους με τελικό αποτέλεσμα την κολπική σύσπαση. Στη συνέχεια, το ηλεκτρικό σήμα μεταβιβάζεται και στον κολποκοιλιακό κόμβο. Ύστερα, η ηλεκτρική ώση μεταφέρεται από τους κόλπους της καρδιάς σε μια ζώνη, η οποία βρίσκεται στη δεξιά οπίσθια θέση του μεσοκοιλιακού διαφράγματος. Η ζώνη αυτή ονομάζεται «κολποκοιλιακός κόμβος» και αποτελεί το μοναδικό σημείο ηλεκτρικής σύνδεσης κόλπων και κοιλιών. Πιο συγκεκριμένα, ο κολποκοιλιακός κόμβος λειτουργεί σαν μια θύρα ελέγχου του ηλεκτρικού σήματος ανάμεσα στο φλεβοκόμβο και τις οδούς αγωγής

των κοιλιών, έτσι ώστε να διασφαλίζει το σωστό χρόνο μετάδοσης της ηλεκτρικής ώσης για την πυροδότηση της κοιλιακής σύσπασης^{0, 0}. Αξίζει να επισημανθεί ότι το μυοκάρδιο αποτελεί ένα από τα πιο ευάλωτα μέρη του οργανισμού. Πιθανές αλλοιώσεις στα κύτταρά του, διαταραχές στη ροή και την ποιότητα του αίματος, προβλήματα οξυγόνωσης, διατροφικοί και γενετικοί παράγοντες μπορούν να οδηγήσουν στην εμφάνιση διαφόρων προβλημάτων του μυοκαρδίου θέτοντας σε κίνδυνο τη λειτουργία του και τη ζωή του ανθρώπου. Ορισμένες από τις πιο συνήθεις διαταραχές στη φυσιολογία του μυοκαρδίου είναι οι παρακάτω:

- Ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια
- Μυοκαρδιοπάθεια
- Διατατική μυοκαρδιοπάθεια
- Μη ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια
- Αποφρακτική μυοκαρδιοπάθεια⁰.

Ο καρδιακός κύκλος

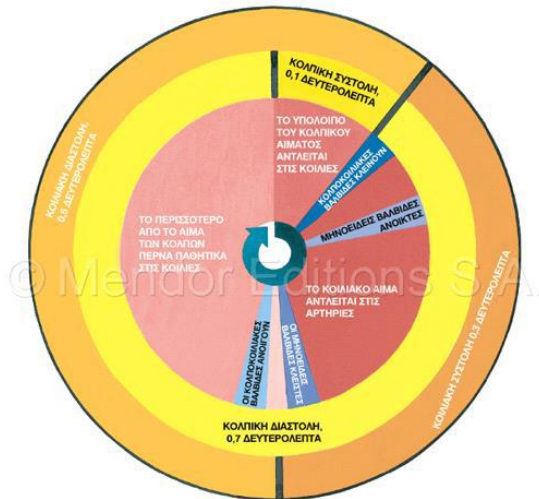
Η κυκλοφορία του αίματος βασίζεται στην αδιάλειπτη και ρυθμική σύσπαση της καρδιάς. Στην διάρκεια του καρδιακού κύκλου η καρδιά διαστέλλεται και συστέλλεται αδιάκοπα. Αναλυτικότερα, κατά την διαστολή το αίμα από τους κόλπους της καρδιάς μετακινείται στην κοιλία, ενώ κατά την συστολή ξεκινά η σύσπαση της κοιλίας η οποία επιταχύνεται και αυξάνει την ενδοκοιλιακή πίεση. Όταν η ενδοκοιλιακή πίεση αυξηθεί αρκετά, προκαλείται το άνοιγμα των μηνοειδών βαλβίδων και το αίμα διαχέεται στις αρτηρίες. Βέβαια, έχει σημασία να τονιστεί ότι οι βαλβίδες επιτρέπουν τη ροή του αίματος μόνο προς μία κατεύθυνση. Με αυτόν τον τρόπο, η καρδιά φθάνει να αντλεί κατά μέσο όρο περίπου 5 λίτρα αίματος κάθε λεπτό^{0,0}

Όσον αφορά τον γενικότερο κύκλο του αίματος στο σώμα με τη βοήθεια της καρδιάς, κάθε κύκλος θεωρείται ότι ξεκινά με την είσοδο του αποξυγονωμένου αίματος από το σώμα στην καρδιά. Το αίμα εισέρχεται στην καρδιά μέσω του φλεβικού συστήματος φθάνοντας στον δεξιό κόλπο, μία από τις κοιλότητες της καρδιάς. Στη συνέχεια, περνά στην δεξιά κοιλία μέσω μιας βαλβίδας που ανοιγοκλείνει ανά τακτά χρονικά διαστήματα και είναι γνωστή ως τριγλώχινα . Αφού η δεξιά κοιλία γεμίσει με αίμα, ανοίγει μία άλλη βαλβίδα γνωστή ως «πνευμονική», μέσω της οποίας ρέει το αίμα. Αμέσως μετά το άνοιγμά της, η πνευμονική αρτηρία διαιρείται αμέσως στη δεξιά και αριστερή πνευμονική αρτηρία, οι οποίες

διαιρούνται με τη σειρά τους σε όλο και πιο μικρές αρτηρίες σχηματίζοντας με αυτό τον τρόπο τα πνευμονικά αρτηριόλια και στη συνέχεια στα τριχοειδή, που επικαλύπτουν τους πνεύμονες. Το αίμα που εισχωρεί στον δεξιό κόλπο και τη δεξιά κοιλία της καρδιάς φέρει μεταξύ άλλων μια σειρά από άχρηστα προϊόντα μεταβολισμού, όπως το διοξείδιο του άνθρακα, το οποίο ανταλλάσσει με οξυγόνο στην διάρκεια της αναπνοής μέσω ενός σχετικού και σύνθετου μηχανισμού της διάχυσης στην κυψελιδοτριχοειδική μεμβράνη. Το αίμα αυτό, γεμάτο πια με οξυγόνο, εισέρχεται τώρα στα πνευμονικά φλεβιόλια και έπειτα στα πιο μεγάλα αγγεία, τις «πνευμονικές φλέβες». Ύστερα, επανέρχεται στην καρδιά, αλλά αυτή την φορά στην αριστερό κόλπο και της αριστερή κοιλία της μέσω μίας άλλης βαλβίδας, της μιτροειδούς . Όταν πια η αριστερή κοιλία γεμίσει με αίμα, τότε ανοίγει η τέταρτη βαλβίδα της καρδιάς η «αορτική» μέσω της οποίας το αίμα περνά στην μεγαλύτερη αρτηρία του σώματος, την «αορτή» και από τις διάφορες διακλαδώσεις της διαχέεται ακόμη και στα πιο απομακρυσμένα σημεία του σώματος^{0,0}.

Στο ανθρώπινο σώμα η αποβολή του οξυγόνου προς τα κύτταρα και η πρόσληψη του διοξειδίου του άνθρακα από αυτά πραγματοποιείται σταδιακά. Αρχικά, μέσω των τριχοειδών αγγείων το αίμα διαχέεται από τις αρτηρίες στις φλέβες προκειμένου να κατευθυνθεί ξανά προς την καρδιά, να φιλτραριστεί και να εμπλουτίσει και εκ νέου κάθε κύτταρο με οξυγόνο. Με αυτόν τον τρόπο επιτελούνται οι διεργασίες για την κυκλοφορία του αίματος και τον εμπλουτισμό των κυττάρων του οργανισμού με το απαραίτητο για την επιβίωση του ανθρώπου οξυγόνο.

Επιπλέον, η κυκλοφορία του αίματος κατά την έξοδό του από την δεξιά κοιλία έως την επανείσοδο του στην καρδιά στον αριστερό κόλπο αποκαλείται «πνευμονική» ή «μικρή κυκλοφορία». Αντίθετα η διαδικασία που ξεκινά από την αριστερή κοιλία έως την επανείσοδο του αίματος στο δεξιό κόλπο ονομάζεται «συστηματική» ή «μεγάλη κυκλοφορία»⁰.



ΚΑΡΔΙΑΚΟΣ ΚΥΚΛΟΣ (ΕΝΑΣ ΚΑΡΔΙΑΚΟΣ ΚΤΥΠΟΣ, ΠΑΛΜΟΣ 75)
 Ο εξωτερικός κύκλος αντιπροσωπεύει τις κοιλίες, ο μεσαίος κύκλος τους κόλπους και ο εσωτερικός κύκλος την κίνηση του αίματος και τις επιδράσεις της στις καρδιακές βαλβίδες.

Εικόνα 4. Ο καρδιακός κύκλος.

Ηλεκτροκαρδιογράφημα και φυσιολογική λειτουργία της καρδιάς

Το ηλεκτροκαρδιογράφημα αναφέρεται σε μια ειδική εργαστηριακή εξέταση που χρησιμοποιείται ευρέως στην καθημερινή κλινική πράξη και προσφέρει πολλές σημαντικές πληροφορίες για την ηλεκτρική δραστηριότητα και κατ' επέκταση για τη λειτουργία της καρδιάς.

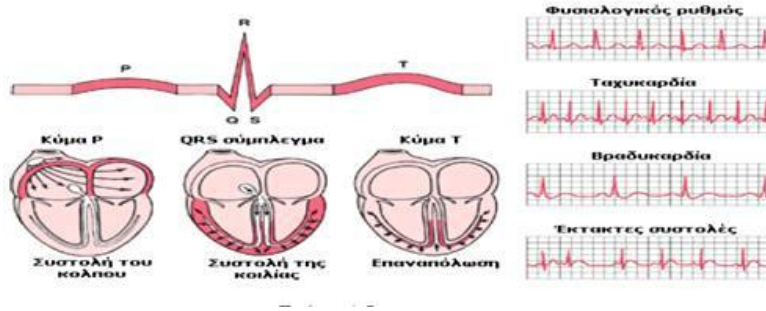
Αναλυτικότερα, αν από μια μυϊκή ίνα απαχθούν με τη βοήθεια ενός ειδικού γαλβανομέτρου τα ηλεκτρικά δυναμικά που παράγονται όταν διεγερθεί, τότε καταγράφονται δύο επάρματα: ένα θετικό, που αντιστοιχεί στην επέκταση της διέγερσης και άρα την «εκπόλωση της μεμβράνης», και ένα αρνητικό, που αντιστοιχεί στην αποδρομή της ή την «επαναπόλωση». Με αυτόν τον τρόπο προκύπτει το λεγόμενο διφασικό δυναμικό ενέργειας της μυϊκής ίνας⁰, ⁰. Έπειτα, αν τα δύο ηλεκτρόδια του γαλβανομέτρου τοποθετηθούν σε ένα σημείο των κόλπων και ένα των κοιλιών, τότε αναμένεται να απαχθεί το άθροισμα των δύο διφασικών δυναμικών των ινών του μυοκαρδίου. Αυτό απεικονίζεται μέσω του ηλεκτρικού σωματικού πεδίου στην επιφάνεια του σώματος και μπορεί με τη βοήθεια ενός ειδικού οργάνου γνωστού ως «ηλεκτροκαρδιογράφου» να απαχθεί και να καταγραφεί. Η καμπύλη που προκύπτει από αυτή την καταγραφή λέγεται «ηλεκτροκαρδιογράφημα».

Με βάση τα παραπάνω, προκύπτει, λοιπόν, ότι ηλεκτροκαρδιογράφημα αναφέρεται σε μια γραφική παράσταση που αναπαριστά τα παραγόμενα στο μυοκάρδιο ηλεκτρικά δυναμικά σε συνάρτηση με το χρόνο, όπως αυτά φτάνουν στην επιφάνεια του δέρματος. Η

καταγραφή αυτή πραγματοποιείται σε ειδικό χαρτί, με καθορισμένη ταχύτητα και αφού προηγηθεί κατάλληλη σύνδεση του εξεταζόμενου με τη συσκευή. Σε κάθε ηλεκτροκαρδιογράφο υπάρχει ρύθμιση με βάση την οποία, όταν από το γαλβανόμετρο δεν περνά ηλεκτρικό ρεύμα, τότε καταγράφεται μια οριζόντια γραμμή που ονομάζεται «ισοηλεκτρική» Ραλλίδης, Λ. (2013). Επείγουσα καρδιολογία. Αθήνα: Πασχαλίδης. Για κάθε καρδιακή συστολή καταγράφεται μια χαρακτηριστική σειρά από επάρματα ή κύματα. Συγκεκριμένα, το φυσιολογικό ηλεκτροκαρδιογράφημα φέρει πέντε επάρματα, που χαρακτηρίζονται με γράμματα του λατινικού αλφαβήτου. Οι καταγραφές με τα γράμματα P, Q, R, S, T. Οι P, R, T είναι θετικές, βρίσκονται δηλαδή πάνω από την ισοηλεκτρική γραμμή, ενώ εκείνες με τα γράμματα Q, S είναι αρνητικές.

Αναλυτικότερα, αποκωδικοποιώντας τη σημασία των επαρμάτων παρατηρείται ότι το έπαρμα P οφείλεται στην επέκταση της διέγερσης στους κόλπους. Το διάστημα P-Q αναπαριστά το χρόνο που περνά από την αρχή της διέγερσης των κόλπων μέχρι την αρχή της διέγερσης των κοιλιών. Το σύμπλεγμα QRS αναφέρεται στη διέγερση των κοιλιών. Με τη σειρά του, το έπαρμα Q αντιστοιχεί στην αποπόλωση του μεσοκοιλιακού διαφράγματος, ενώ το έπαρμα R αφορά στη φάση της διέγερσης των κοιλιών και το έπαρμα S αντιστοιχεί στην εκπόλωση της υπερκοιλιακής ακρολοφίας. Επιπρόσθετα, το διάστημα S-T αντιστοιχεί στο χρονικό διάστημα κατά το οποίο όλο το μυοκάρδιο βρίσκεται σε διέγερση, στο χαρτί υπάρχει ισοηλεκτρική γραμμή. Τέλος, το έπαρμα T αναφέρεται στην αποδρομή της διέγερσης από της κοιλίες, ενώ συχνά ακολουθείται από ένα άλλο έπαρμα που συμβολίζεται με το U⁰.

Για να επιτευχθεί η σύνδεση του ατόμου με τον ηλεκτροκαρδιογράφο και να καταγραφούν τα ηλεκτρικά δυναμικά του μυοκαρδίου, χρησιμοποιούνται ορισμένα ηλεκτρόδια, τα οποία «βλέπουν» το μυοκάρδιο από συγκεκριμένες θέσεις της επιφάνειας του σώματος. Τα ηλεκτρόδια αυτά ονομάζονται «απαγωγές». Ειδικότερα, κάθε απαγωγή έχει περιορισμένη «ορατότητα» στο μυοκάρδιο με αποτέλεσμα να χρησιμοποιούνται συνήθως δώδεκα απαγωγές^{0,0}. Γενικότερα, η σημασία της χρήσης του ηλεκτροκαρδιογραφήματος είναι τεράστια για την πρόοδο της καρδιολογίας, αφού έχει συμβάλει καθοριστικά στη βελτίωση της έγκαιρης διάγνωσης της στεφανιαίας νόσου και άλλων παθήσεων του μυοκαρδίου⁰.



Εικόνα 5. Η απεικόνιση του καρδιακού ρυθμού στα επάρματα του ηλεκτροκαρδιογραφήματος.

Παθήσεις του καρδιαγγειακού συστήματος

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις αποτελούν σήμερα την πρώτη αιτία θανάτου σε παγκόσμιο επίπεδο Αντωνιάδης, Λ. (1991). Οξύ Έμφραγμα Μυοκαρδίου. Προδιαθεσικοί παράγοντες, ενδονοσοκομειακή εξέλιξη εποχιακή και γεωγραφική κατανομή. 8ο Παγκύπριο Ιατρικό Συνέδριο. Λευκωσία' 0. Πράγματι, από τα καρδιαγγειακά νοσήματα εκτιμάται ότι καταλήγουν στο θάνατο ετησίως περισσότεροι άνθρωποι παρά από οποιαδήποτε άλλη ασθένεια διεθνώς.

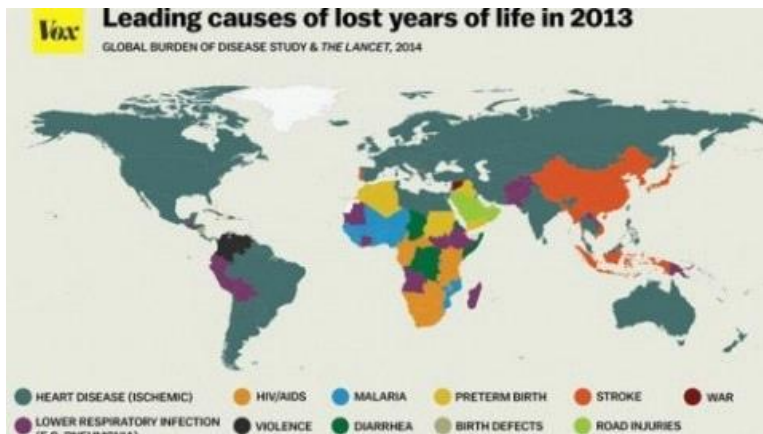
Ωστόσο, τα καρδιαγγειακά νοσήματα δεν αναφέρονται σε έναν συγκεκριμένο τύπο πάθησης, αλλά σε μια ευρεία ομάδα ασθενειών, που προσβάλλουν την καρδιά και τα αιμοφόρα αγγεία. Ενδεικτικά, ορισμένες συνήθειες καρδιαγγειακές παθήσεις είναι οι εξής:

- Η νόσος των αρτηριών που τροφοδοτούν τον εγκέφαλο με αίμα που ευθύνεται για τα εγκεφαλικά επεισόδια ή αποπληξία
- Ρευματική νόσος της καρδιάς ή «ρευματική καρδίτιδα».
- Η στεφανιαία νόσος της καρδιάς
- Η περιφερική αρτηριακή νόσος
- Συγγενείς καρδιοπάθειες
- Βαθιά φλεβική θρόμβωση και πνευμονική εμβολή^{0,0}.

Επιδημιολογία

Σύμφωνα με έρευνες της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδος, στη χώρα μας το 2003 περίπου το 49% των θανάτων οφείλονταν σε καρδιαγγειακές παθήσεις, ποσοστό που αντιστοιχεί σε 52.000 θανάτους. Από τότε μέχρι σήμερα οι διακυμάνσεις των ποσοστών είναι ελάχιστες. Στην Ευρώπη τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν επίσης την κυριότερη αιτία θανάτου. Με βάση τις σχετικές έρευνες, εκτιμάται ότι περίπου 4.300.000 θάνατοι

κάθε χρόνο στην Ευρώπη οφείλονται στα νοσήματα αυτά, αριθμός που αντιστοιχεί στο 48% του συνόλου των θανάτων και συγκεκριμένα, στο 54% του συνόλου των θανάτων ανδρών και το 43% των θανάτων γυναικών. Επιπλέον, περισσότεροι από τους μισούς θανάτους από καρδιαγγειακά αίτια οφείλονται σε περιστατικά στεφανιαίας νόσου, ενώ δεύτερα κατά σειρά έρχονται τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια)^{0, 0,0}.



Εικόνα 6. Επιπολασμός των θανατηφόρων καρδιαγγειακών νοσημάτων ανά τον κόσμο.

Αιτιολογία και προδιαθεσικοί παράγοντες

Οι σημαντικότερες αιτίες που προκαλούν τις διάφορες καρδιαγγειακές παθήσεις είναι η ανθυγιεινή διατροφή, η καθιστική ζωή χωρίς ικανοποιητική σωματική άσκηση και το κάπνισμα σε όλες του τις μορφές. Μάλιστα, φαίνεται ότι οι αιτίες αυτές είναι υπεύθυνες για το 80% των περιστατικών με στεφανιαία νόσο της καρδιάς, εγκεφαλικά επεισόδια ή άλλα προβλήματα αρτηριών που τροφοδοτούν τον εγκέφαλο με αίμα^{0,0}. Η ανθυγιεινή διατροφή και η απουσία σωματικής άσκησης οδηγούν σε αυτούς που ονομάζονται ενδιάμεσοι παράγοντες κινδύνου που είναι η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, οι αυξημένες τιμές χοληστερόλης και τριγλυκεριδίων, το, υπερβολικό βάρος σώματος και η παχυσαρκία Βουγιούκα, Κ. και Καπάδοχος, Θ. (2015). Το Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο στους ηλικιωμένους ασθενείς, Το Βήμα του Ασκληπιού, 14 (1), 19-33.!

Αναλυτικότερα, το φύλο θεωρείται ως ένας προδιαθεσικός παράγοντας εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων. Πράγματι, παρατηρείται ότι ο ανδρικός πληθυσμός έχει αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίας νόσου σε σχέση με τον γυναικείο. Εκτιμάται, μάλιστα, ότι ιδιαίτεροι ορμονολογικοί παράγοντες συντελούν στην εμφάνιση της νόσου.

Αξίζει ακόμη να σημειωθεί ότι με την αύξηση της ηλικίας αυξάνεται και ο κίνδυνος εμφάνισης των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Το βεβαρυμένο οικογενειακό ιστορικό πρώιμης στεφανιαίας νόσου και λοιπών καρδιαγγειακών νοσημάτων αποτελεί επίσης επιβαρυντικό παράγοντα. Οι έρευνες δείχνουν ότι άτομα των οποίων οι γονείς πάσχουν από καρδιαγγειακά νοσήματα και ειδικά όταν εκείνα έχουν εμφανιστεί πριν την ηλικία των 50, έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης παρόμοιων παθήσεων κατά την ενήλικη ζωή⁰. Η χοληστερόλη είναι μια ουσία απαραίτητη για τη λειτουργία του οργανισμού. Παρόλα αυτά, όταν οι τιμές της στο αίμα υπερβούν τα επιτρεπτά όρια, τότε αυξάνεται ραγδαία και ο κίνδυνος εμφάνισης καρδιαγγειακών παθήσεων. Αντίστοιχα, η αρτηριακή υπέρταση μπορεί να αποτελέσει την κυρίαρχη αιτία εμφάνισης τέτοιων ασθενειών, ενώ εκτιμάται ότι ένας στους τρεις ενήλικες έχει αρτηριακή υπέρταση ή οριακή αρτηριακή πίεση.

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί μια πάθηση, η οποία προσβάλλει μεταξύ άλλων τα αγγεία του σώματος. Ακόμη, μπορεί να επηρεάσει τα αγγεία του οφθαλμού και του εγκεφάλου, τους νεφρούς και τα νεύρα. Σε πολλές περιπτώσεις, η στεφανιαία νόσος θεωρείται απόρροια του αρρυθμιστού σακχαρώδους διαβήτη του ασθενούς. Επίσης, οι καπνιστές παρουσιάζουν διπλάσιες πιθανότητες εμφάνισης καρδιακού επεισοδίου και ο κίνδυνος θανατηφόρου καρδιαγγειακού προβλήματος αυξάνεται τουλάχιστον κατά 5,5 φορές στους μανιώδεις καπνιστές σε σχέση με τους μη καπνιστές. Έχει ενδιαφέρον να σημειωθεί ότι ακόμη και η παθητική έκθεση στον καπνό του τσιγάρου αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης της νόσου. Μάλιστα, σχετικές έρευνες καταδεικνύουν ότι ασθενείς με τεκμηριωμένη στεφανιαία νόσο, που έχουν σταματήσει το κάπνισμα, έχουν μικρότερη πιθανότητα να υποστούν έμφραγμα σε σχέση με τους καπνιστές ασθενείς που δεν διέκοψαν το κάπνισμα. Ακόμη, η υπέρμετρη εναπόθεση λιπώδους ιστού στο σώμα και κυρίως στην περιοχή της κοιλιάς αποτελεί έναν ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου. Αυτό συμβαίνει επειδή ο λιπώδης ιστός συμμετέχει στη διαδικασία του μεταβολισμού του οργανισμού, αλλά και στην οξειδωτική διαδικασία η οποία ευθύνεται επίσης για την σύσταση των αθηρωματικών πλακών.

Ο περιορισμός της φυσικής δραστηριότητας σε συνδυασμό με την πλούσια σε λιπαρά διατροφή αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία του ατόμου και αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων. Ωστόσο, η φυσική δραστηριότητα βοηθά στη σωστή ρύθμιση των λιπιδαιμικών χαρακτηριστικών του οργανισμού^{0,0,0}.

Ενδείξεις και συμπτώματα

Κατά κανόνα, τα άτομα που πάσχουν από κάποια καρδιαγγειακή νόσο δεν παρουσιάζουν συμπτώματα, με αποτέλεσμα, τις περισσότερες φορές η πρώτη ένδειξη να είναι η καρδιακή προσβολή, το έμφραγμα ή το εγκεφαλικό επεισόδιο. Κατά συνέπεια, είναι μεγάλη η ανάγκη για επίγνωση των παραγόντων κινδύνου και για την λήψη κατάλληλων προληπτικών μέτρων που αποσκοπούν μείωση του κινδύνου εμφάνισης της νόσου. Γενικά, πολλά από τα καρδιαγγειακά νοσήματα εκδηλώνονται με θωρακικό άλγος, αισθήματα δυσφορίας στήθους και πόνο στον αριστερό ώμο. Επίσης, μπορεί να παρουσιαστεί δυσκολία στην αναπνοή και ταχύπνοια ή βραδύπνοια, αίσθημα λιποθυμίας και ζάλη, ναυτία ή έμετος, εφίδρωση και πονοκέφαλος^{0,0}.

Κεφάλαιο 2^ο

Πολυνοσυστότητα

Γενικές Πληροφορίες

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν σήμερα την πρώτη αιτία απώλειας ζωής στις αναπτυγμένες χώρες, συμπεριλαμβανομένου και της Ελλάδας. Πρόκειται για νοσήματα στα οποία κοινός παρανομαστής είναι η παρουσία αθηροσκλήρωσης στα αγγεία του σώματος. Ανάλογα με το που βρίσκονται οι αθηρωματικές πλάκες εξαρτάται η κλινική εκδήλωση της νόσου. Έτσι, όταν προσβάλλονται οι αρτηρίες του εγκεφάλου και του τραχήλου έχουμε εκδήλωση αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων, όταν προσβάλλονται οι αρτηρίες της καρδιάς (στεφανιαία αγγεία) έχουμε την εκδήλωση καρδιακών επεισοδίων (έμφραγμα μυοκαρδίου, στηθάγχη, καρδιακή ανεπάρκεια, αιφνίδιος θάνατος), ενώ όταν προσβάλλονται οι αρτηρίες των κάτω άκρων εκδηλώσεις περιφερικής αγγειοπάθειας (πόνος στα κάτω άκρα, γάγγραινα, ακρωτηριασμός σκέλους). Παρά το γεγονός ότι τα καρδιαγγειακά νοσήματα συχνά εμφανίζονται αιφνίδια με σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία των πασχόντων, στην πραγματικότητα έχουν μια μακροχρόνια υποκλινική πορεία χωρίς συμπτώματα έως ότου εκδηλωθούν κλινικά. Αυτό το στοιχείο είναι εξαιρετικά σημαντικό για την πρόληψη της εμφάνισης τέτοιων νοσημάτων στον πληθυσμό.

Η αθηροσκλήρωση είναι μια πάθηση που δεν έχει ένα σαφές και καθορισμένο αίτιο, όπως π.χ. οι λοιμώξεις που οφείλονται σε συγκεκριμένα μικρόβια ή ιούς. Όμως, σήμερα έχει καταστεί σαφές ότι υπάρχει μια σειρά παραγόντων κινδύνου που προάγουν τη νόσο. Άτομα με παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα είναι επιρρεπή στο να εκδηλώσουν κάποια στιγμή ένα καρδιαγγειακό επεισόδιο. Η πρόληψη λοιπόν των νοσημάτων αυτών στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό στην τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου του πληθυσμού, ώστε να μειωθεί το ποσοστό των καρδιαγγειακών νοσημάτων και να ελαττωθεί η πιθανότητα εκδήλωσής τους. Οι παράγοντες κινδύνου των καρδιαγγειακών νοσημάτων χωρίζονται σε μη τροποποιήσιμους, δηλαδή παράγοντες στους οποίους δεν μπορεί το άτομο και ο ιατρός να παρέμβουν (ηλικία, άρρεν φύλο, κληρονομικό ιστορικό κ.α.) και σε τροποποιήσιμους.⁰

Παράγοντες κινδύνου και ασθένειες για εμφάνισή καρδιαγγειακών νοσημάτων.

1. Κάπνισμα. Το κάπνισμα τσιγάρων, πούρων ή πίπας, όπως επίσης και το παθητικό κάπνισμα, έχει συσχετισθεί με όλες της μορφής καρδιαγγειακής νόσου, καθώς και με παθήσεις των πνευμόνων και με νεοπλασίες. Η διακοπή του καπνίσματος ελαττώνει τον

κίνδυνο για εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων τουλάχιστον στο μισό, ενώ σε άτομα που έχουν υποστεί έμφραγμα του μυοκαρδίου το μέτρο αυτό επιφέρει την πλέον εντυπωσιακή αποτελεσματικότητα στην πρόληψη επανεμφάνισης καρδιακού επεισοδίου.

2.Παχυσαρκία. Η παχυσαρκία αποτελεί πλέον επιδημία στις σύγχρονες δυτικές κοινωνίες. Η συσχέτιση του αυξημένου δείκτη μάζας σώματος ($\Delta\text{Μ}\Sigma = \text{Σωματικό Βάρος} / \text{Ύψος}^2$) σχετίζεται γραμμικά με την ανάπτυξη καρδιαγγειακών νοσημάτων. Η διατήρηση του $\Delta\text{Μ}\Sigma$ σε επίπεδα 20-25 kg/m² είναι η βέλτιστη προκειμένου να αποφευχθεί η εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου⁵⁶.

3.Καθιστική ζωή. Η σωματική δραστηριότητα και η τακτική αερόβια άσκηση έχει φανεί ότι προστατεύουν αποτελεσματικά έναντι των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Μισή ώρα καθημερινής αερόβιας άσκησης, όπως π.χ. περπάτημα, αρκούν για να προστατευτεί η υγεία των αγγείων.

4.Δυσλιπιδαιμία. Τα αυξημένα επίπεδα της ολικής χοληστερόλης, και ιδιαίτερα της LDL («κακή» χοληστερόλη) σχετίζονται άμεσα με την εμφάνιση καρδιαγγειακών επιπλοκών. Οι δυσλιπιδαιμίες μπορεί να σχετίζονται με τη διατροφή και τον καθιστικό τρόπο ζωής, υπάρχουν όμως και κληρονομούμενες μορφές που μπορεί να οδηγήσουν σε εμφάνιση αθηροσκλήρωσης από μικρή σχετικά ηλικία. Η αντιμετώπιση της πάθησης στηρίζεται σε συνδυασμό υγιεινοδιαιτητικών μέτρων και κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής. Ο στόχος της θεραπείας είναι διαφορετικός για κάθε ασθενή ανάλογα με τους υπόλοιπους παράγοντες κινδύνου και ο τρόπος αντιμετώπισης θα αποφασισθεί με τη βοήθεια του θεράποντος ιατρού.

5.Αρτηριακή υπέρταση. Η αυξημένη αρτηριακή πίεση αποτελεί μείζονα παράγοντα για την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων και αρρυθμιών, όπως η κολπική μαρμαρυγή. Η ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης σε χαμηλά επίπεδα στους ασθενείς επιτυγχάνεται με υγιεινοδιαιτητικά μέτρα και όταν αυτά δεν επαρκούν, με τη χορήγηση κατάλληλης αντιυπερτασικής αγωγής. Η πρώιμη αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης επιφέρει σημαντικά οφέλη και προστατεύει τους πάσχοντες από την εμφάνιση καρδιαγγειακών επεισοδίων (ελάττωση των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων σε ποσοστό έως 35% και των εμφραγμάτων σε ποσοστό έως 20%).

6.Σακχαρώδης διαβήτης. Η εμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη (αυξημένο σάκχαρο αίματος) σχετίζεται με βλάβες των μικρού και μεσαίου μεγέθους αρτηριών του οργανισμού (μικροαγγειοπάθεια και μακροαγγειοπάθεια αντίστοιχα). Οι ασθενείς που πάσχουν από

σακχαρώδη διαβήτη θεωρούνται εξ' ορισμού ως υψηλού κινδύνου για εμφάνιση καρδιαγγειακών επεισοδίων, και ως τέτοιοι ωφελούνται από παρεμβάσεις σε όλους τους παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο. Σήμερα, επίπεδα γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (ένας δείκτης της καλής ή μη ρύθμισης σακχάρου αίματος) < 6,5% θεωρούνται σημαντικός στόχος για την προστασία των ασθενών αυτών.

Άτομα που έχουν περισσότερους από έναν παράγοντες κινδύνου εμφανίζουν πολλαπλάσιο κίνδυνο για εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων. Σήμερα, χάρη σε μεγάλες μελέτες που έχουν διεξαχθεί στο παρελθόν, υπάρχει η δυνατότητα να υπολογισθεί η πιθανότητα ένα άτομο να εμφανίσει καρδιαγγειακή νόσο με βάση τους παράγοντες κινδύνου που έχει. Με αυτό τον τρόπο ο ιατρός μπορεί να κατευθύνει με κατάλληλες συμβουλές και παρεμβάσεις, συμπεριλαμβανομένου της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής. Κάπνισμα και νοσήματα του καρδιαγγειακού συστήματος. Άρθρο στο neaageia.gr. ^{Σφάλμα! Το αρχείο προέλευσης της αναφοράς δεν βρέθηκε.} ,0

Γονίδια και ιοί

Οι υπόνοιες ότι ορισμένα γονίδια εμπλέκονται σε σχέση με το βάρος, υπήρχαν εδώ και δεκαετίες αλλά μόλις τον Απρίλιο του 2007 δημοσιεύθηκαν λεπτομέρειες για το πρώτο γονίδιο που σχετίζεται με την παχυσαρκία. Σύμφωνα με τη σχετική μελέτη, όσοι κληρονομούν μια συγκεκριμένη κόπια του γονιδίου FTO έχουν 70% περισσότερες πιθανότητες να είναι παχύσαρκοι, ενώ ζυγίζουν στη καλύτερη περίπτωση 3 κιλά περισσότερα απ' όσους δεν την κληρονομούν. Ο "βαρύν σκελετός" ίσως να μην υπάρχει τελικά αλλά τα "βαριά γονίδια" μοιάζουν έπειτα από αυτή την ανακάλυψη υπαρκτά.

Ένας άλλος παράγοντας που επίσης σχετίστηκε με την παχυσαρκία τους τελευταίους μήνες, είναι οι ιοί. Μελέτη που δημοσιεύθηκε τον Αύγουστο του 2007 από επιστήμονες του Πολιτειακού Πανεπιστημίου της Λουιζιάνας, έδειξε ότι η έκθεση στον επονομαζόμενο αδενόϊό 36 (Ad36), ο οποίος φυσιολογικά προκαλεί βήχα και κρυολόγημα, μπορεί να διεγείρει τα βλαστικά κύτταρα του λιπώδους ιστού να εξελιχθούν σε πλήρως ώριμα λιπώδη κύτταρα όπου τα ώριμα λιπώδη κύτταρα συσσωρεύουν λίπος. Παρ' ότι το εύρημα αυτό προέκυψε από μελέτη στο εργαστήριο, οι επιστήμονες το συνδύασαν με την παρατήρηση ότι το 30% των παχύσαρκων εθελοντών που μελέτησαν ήταν φορείς του συγκεκριμένου ιού, σε σύγκριση με το μόλις 11% των αδυνάτων εθελοντών τους οποίους επίσης εξέτασαν.

Αν και τα στοιχεία για τον ρόλο του αδενοιού 36 δεν 73 θεωρούνται ακόμα οριστικά, οι ερευνητές του Πολιτειακού Πανεπιστημίου της Λουιζιάνας σίγουρα έχουν μια πειστική υπόθεση στα χέρια τους, αφού την υποστηρίζουν εξίσου επιδημιολογικά και εργαστηριακά ευρήματα. Υπάρχουν επίσης δυο ακόμα αδενοιοί που έχουν σχετισθεί με την αύξηση του σωματικού βάρους και είναι όντως πιθανόν μια λοίμωξη να παίζει ρόλο.

Ακόμα πιο βέβαιον, όμως, είναι ότι παίζουν ρόλο τα γονίδια, καθώς μελέτες σε δίδυμους και ολόκληρες οικογένειες δείχνουν πως η παχυσαρκία είναι τουλάχιστον εν μέρει κληρονομική και αν το FTO είναι το πρώτο γονίδιο που σχετίζεται με αυτήν, είναι απίθανο να είναι και το μοναδικό. Και οι δυο ερευνητικοί τομείς μοιάζουν πολλά υποσχόμενοι, διότι θα μπορούσαν δυνητικά να διευκολύνουν στο μέλλον την αναγνώριση ανθρώπων που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο παχυσαρκίας, καθώς και να συμβάλλουν στην παρασκευή φαρμάκων ή εμβολίων που θα οδηγούν σε απώλεια βάρους. Θα μπορούσαν επίσης να συμβάλλουν στην καταπολέμηση του στίγματος της παχυσαρκίας, που θέλει ανθρώπους με αυξημένο σωματικό βάρος να είναι έρμαια του αδύναμου χαρακτήρα τους.

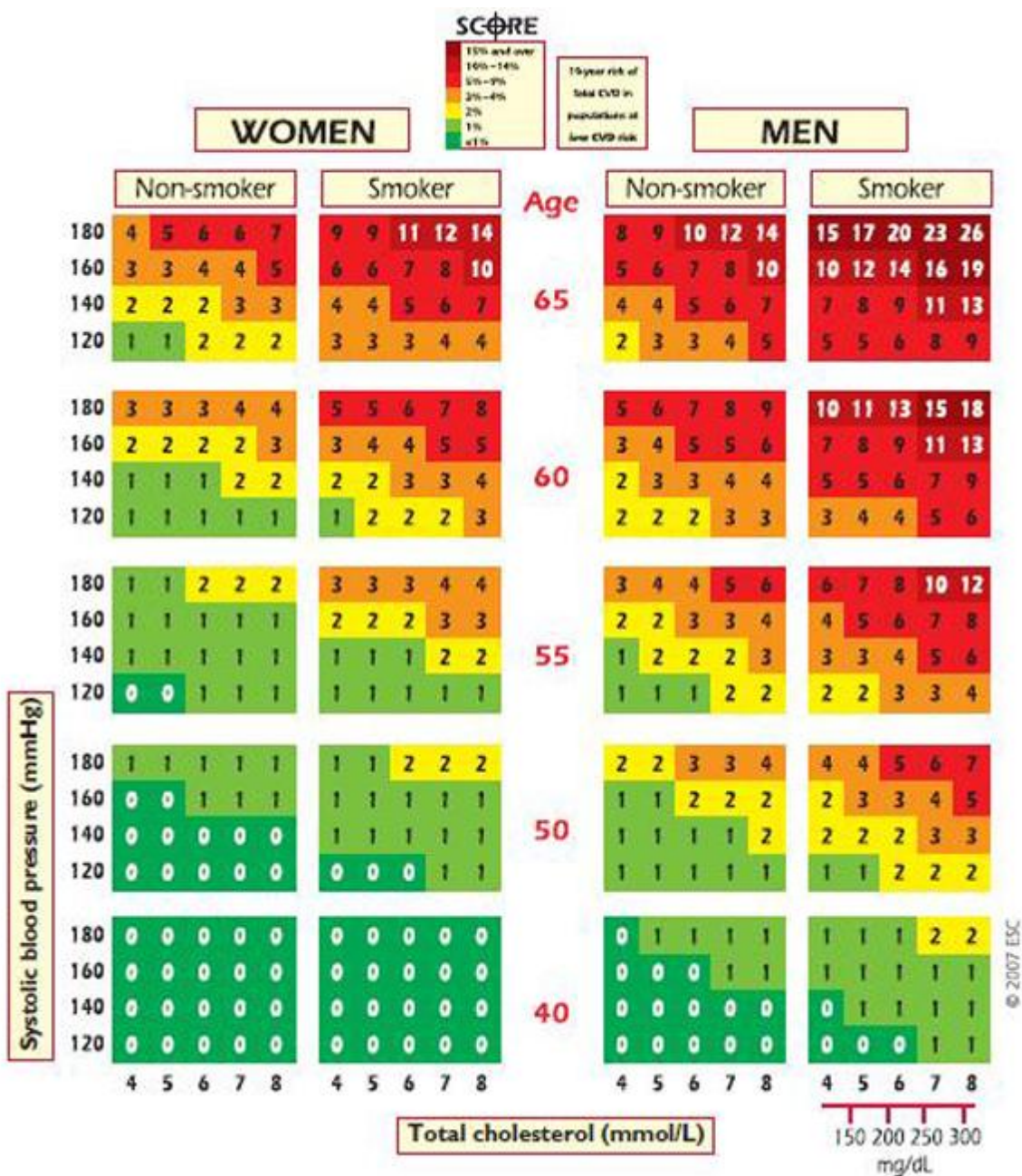
Ωστόσο, η επιρροή αυτών των παραγόντων στο πρόβλημα της παχυσαρκίας δεν πρέπει να υπερεκτιμάται. Παρ' ότι το έχει κανείς ένα συγκεκριμένο γενετικό προφίλ μπορεί όντως να τον προδιαθέτει για παχυσαρκία, δεν σημαίνει πως κατ' ανάγκη θα παχύνει κιόλας. Άλλωστε πολυάριθμοι άνθρωποι με "γονίδια παχυσαρκίας" είναι αδύνατοι. Παρομοίως, ακόμη κι αν επιβεβαιωθεί οριστικά ο ρόλος του αδενοιού 36 ή κάποιου άλλου ιού, οι περισσότεροι παχύσαρκοι άνθρωποι δεν είναι μολυσμένοι από αυτόν, ενώ πολλοί που έχουν μολυνθεί δεν παχαίνουν. Με εξαίρεση σπάνιες περιπτώσεις, όπως το σύνδρομο PraderWilli, η παχυσαρκία δεν προκαλείται απευθείας από τα γονίδια, ενώ πιθανότατα δεν την "κολλάει" κανείς σαν να είναι λοίμωξη. Γονίδια και ιοί, το πιθανότερο είναι πως αποτελούν συμβάλλοντες παράγοντες, οι οποίοι δρουν σε συνδυασμό με ορισμένους περιβαλλοντικούς. [\leftrightarrow 2007 του Mark Hederson] 74 Η κληρονομικότητα λοιπόν και η οικογενειακή προδιάθεση για καρδιαγγειακά νοσήματα είναι σημαντικοί παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο αλλά δεν μπορούν όμως να αλλοιωθούν σε αντίθεση με τους πρώτους 5 παράγοντες στους οποίους οι άνθρωποι μπορούν να επέμβουν με στόχο την πρόληψη και αφορούν τον διαβήτη, την υψηλή πίεση, την υψηλή χοληστερίνη, τη παχυσαρκία και το κάπνισμα.

Στις γυναίκες με τον ίδιο αριθμό παραγόντων κινδύνου, οι πιθανότητες να υποστούν έμφραγμα, είναι της τάξης του 50%.

Η παχυσαρκία, γενικότερα, πολύ σπάνια οφείλεται σε αμιγώς γενετικούς παράγοντες. Έχουν περιγραφεί μέχρι τώρα ελάχιστες μεταλλάξεις γονιδίων, οι οποίες προκαλούν σοβαρή παχυσαρκία πρώιμης έναρξης (από την παιδική ηλικία). Στη μεγάλη πλειονότητα των περιπτώσεων πρόκειται για πολυγονιδιακή διαταραχή, η οποία σε συνδυασμό με τους περιβαλλοντικούς παράγοντες (αφθονία τροφής, διατροφή πλούσια σε λίπος, μειωμένη φυσική δραστηριότητα, ψυχολογικοί παράγοντες) ευθύνεται για την έκρηξη της παχυσαρκίας κατά τις τελευταίες δεκαετίες. [

HeartScore

Η Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Εταιρεία προτείνει για τον υπολογισμό του καρδιαγγειακού κινδύνου το HeartSCORE κατάλληλα τροποποιημένο για τον ελληνικό πληθυσμό.



Σχήμα 1. Ο πίνακας υπολογισμού του καρδιαγγειακού κινδύνου για χώρες χαμηλού κινδύνου όπως είναι η Ελλάδα. Π.χ. ένας άνδρας ηλικίας 55 ετών, καπνιστής, με ολική χοληστερόλη 300 mg/dL και αρτηριακή πίεση 175 mmHg έχει κίνδυνο θανάτου από καρδιαγγειακό νόσημα στη δεκαετία 12%. Επί διακοπής του καπνίσματος ο ασθενής αυτός θα μειώσει τον κίνδυνό του στο μισό, δηλαδή 6%.

Κάθε άτομο ηλικίας άνω των 40 ετών μπορεί να υποβληθεί σε εκτίμηση του κινδύνου που διατρέχει και να λάβει αναλυτικές και εξατομικευμένες οδηγίες από τον ιατρό του για το πώς θα περιορίσει τον κίνδυνο. Έτσι, μπορεί ο ιατρός να προσφέρει προστασία από την εκδήλωση των καρδιαγγειακών νοσημάτων που επιφέρουν τεράστιες επιπτώσεις στην υγεία

των ασθενών, γεγονός που έχει τεράστια σημασία τόσο για το άτομο όσο και για την κοινωνία^{0,0}.

Σε ό,τι αφορά το κάπνισμα και στις ασθένειες του καρδιαγγειακού κινδύνου.

Ένας στους 5 θανάτους που σχετίζονται με το κάπνισμα προκαλείται από ασθένειες του καρδιαγγειακού συστήματος:

- Το κάπνισμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για νοσήματα του καρδιαγγειακού συστήματος σε ανθρώπους <50 ετών.
- Οι γυναίκες >35 ετών που είναι καπνίστριες και λαμβάνουν αντισυλληπτικά δια του στόματος αντιμετωπίζουν σημαντικά μεγαλύτερο κίνδυνο για την εμφάνιση ασθενειών του καρδιαγγειακού συστήματος ή εγκεφαλικού επεισοδίου σε σχέση με τις γυναίκες που δεν καπνίζουν ενώ κάνουν χρήση αντισυλληπτικών δια του στόματος.
- Οι καπνιστές έχουν 2-4 φορές περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης νοσημάτων του καρδιαγγειακού συστήματος σε σχέση με τους μη καπνιστές.
- Το κάπνισμα διπλασιάζει το κίνδυνο για αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.
- Οι καπνιστές έχουν δεκαπλάσιο κίνδυνο εμφάνισης περιφερικής αγγειακής νόσου^{0,0}.

Πως το κάπνισμα επηρεάζει το καρδιαγγειακό σύστημα

- Προκαλεί άμεση και μακροπρόθεσμη αύξηση της πίεσης του αίματος.
- Προκαλεί άμεση και μακροπρόθεσμη αύξηση του καρδιακού ρυθμού.
- Μειώνει την καρδιακή παροχή και τη στεφανιαία ροή αίματος.
- Μειώνει την ποσότητα του οξυγόνου που φτάνει στους ιστούς του σώματος.
- Αλλάζει τις ιδιότητες των αιμοφόρων αγγείων και των κυττάρων του αίματος – επιτρέποντας τη ανάπτυξη της χοληστερόλης και των άλλων λιπαρών ουσιών.
- Συμβάλλει στην υψηλότερη πίεση του αίματος και στον αυξημένο κίνδυνο για τον σχηματισμό θρόμβου αίματος.
- Καταστρέφει τα αιμοφόρα αγγεία.
- Διπλασιάζει τον κίνδυνο για ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (μειωμένη ροή αίματος στον εγκέφαλο).
- Διεγείρει τη διαδικασία της πήξης του αίματος.
- Έχει συσχετιστεί με την εμφάνιση κατάθλιψης και της ψυχολογικής δυσφορίας.

Κινδυνοί που παθητικού καπνίσματος που επηρεάζει το καρδιαγγειακό σύστημα

Η έκθεση του Οργανισμού για τον Έλεγχο και την Πρόληψη Νοσημάτων (CDC) αναφέρει ότι κατά προσέγγιση 46.000 μη καπνιστές πεθαίνουν από στεφανιαία νόσο κάθε χρόνο ως αποτέλεσμα της έκθεσης στο παθητικό κάπνισμα. Το παθητικό κάπνισμα ορίζεται ως το άθροισμα του εισπνεόμενου και εκπνεόμενου από τους καπνιστές καπνού (καπνός κεντρικής ροής) και του καπνού που εξέρχεται από την άκρη του τσιγάρου μεταξύ δύο εισπνοών (καπνός περιφερικής ροής). Τόσο το ενεργητικό κάπνισμα, όσο και το παθητικό κάπνισμα θέτει σημαντικούς κινδύνους για την υγεία των εγκύων γυναικών, των βρεφών και των νέων παιδιών. Τα παιδιά και τα βρέφη που εκτίθενται στο παθητικό κάπνισμα είναι πιο πιθανό να βιώσουν λοιμώξεις του αυτιού και άσθμα και αντιμετωπίζουν υψηλότερο κίνδυνο για το σύνδρομο του αιφνίδιου βρεφικού θανάτου σε σχέση με τα παιδιά και τα βρέφη που δεν εκτίθενται στο παθητικό κάπνισμα^{0,0}.

Ακόλουθα συμπτώματα παθητικού καπνίσματος παθητικό κάπνισμα:

- Ερεθισμός των ματιών, της μύτης και του λαιμού.
- Βήχας.
- Υπερβολικό φλέγμα (βλέννα στους αεραγωγούς).
- Δυσφορία στο στήθος από ερεθισμό των πνευμόνων.
- Πόνος στο στήθος, που μπορεί να υποδηλώνει ασθένεια του καρδιαγγειακού συστήματος.

Το κάπνισμα, επιπροσθέτως της υψηλής χοληστερόλης του αίματος, της απουσίας σωματικής δραστηριότητας και του σακχαρώδους διαβήτη βρίσκεται στην κορυφή της λίστας ως πρωταρχικός παράγοντας κινδύνου για τα νοσήματα του καρδιαγγειακού συστήματος. Στην πραγματικότητα, το κάπνισμα έχει χαρακτηριστεί ως η πιο αποτρέψιμη αιτία πρώιμου θανάτου στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής^{0,0}.

Η υπέρταση στην Ελλάδα

Επιδημιολογικές μελέτες στην Ελλάδα, τα τελευταία χρόνια (έως και το 2002), όπως οι μελέτες Didyma study, ΑΤΤΙCΑ και CΑRΔΙΟ2000 δείχνουν ότι περίπου το 30% του γενικού πληθυσμού, δηλαδή περίπου 1 στους 3 πάσχει από υπέρταση. Η υπέρταση αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Ο παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) αναφέρει ότι ο αριθμός των ασθενών με υπέρταση παγκοσμίως ανέρχεται στα 600 εκατομμύρια ενώ η θνησιμότητα λόγω αυτής ανέρχεται στα 3 εκατομμύρια⁰.

Επιδημιολογικά Στοιχεία

Επιδημιολογικά στοιχεία στην Ελλάδα αν και λίγα φανερώνουν ότι το 38,2% των ανδρών και το 23,9% των γυναικών πάσχουν από υπέρταση, ενώ η πλειοψηφία αυτών δεν το γνωρίζει.⁰ Σύμφωνα με τις μελέτες Athens, Didima, Rafina η αρτηριακή υπέρταση στην Ελλάδα βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα της τάξεως του 50,4% έως 55% στην ηλικιακή ομάδα άνω 65 ετών. Έρευνες αποδεικνύουν ότι η υπέρταση εξαρτάται από πολλούς παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής και τις συνήθειες του ατόμου, μεταξύ των οποίων και η διατροφή. Η υπέρταση συνδέεται με τις καρδιαγγειακές επιπλοκές κατά τρόπο συνεχή και μάλιστα από επίπεδα που σήμερα θεωρούνται φυσιολογικά. Θεωρούνται παθολογικές οι τιμές της συστολικής (μεγάλης) πίεσης >140mmHg (14) και οι τιμές της διαστολικής πίεσης (μικρής) > 85mmHg (8,5). Μία ελάττωση κατά 10-12 mmHg της συστολικής ΑΠ και κατά 5-6 mmHg της διαστολικής ΑΠ συνοδεύτηκε από μείωση κατά 48% του κινδύνου εγκεφαλικού επεισοδίου και μείωση κατά 16% του κινδύνου εμφράγματος του μυοκαρδίου [Collins et al & MacMahon et al, Lancet 1990]. Η πρόληψη και η θεραπεία της υπέρτασης προϋποθέτουν την αλλαγή του τρόπου ζωής του ατόμου και την πραγματοποίηση υγιών διατροφικών επιλογών⁰.

Καθιστική ζωή και διατροφικές συνήθειες των ελλήνων

Έρευνα «σκιαγραφεί» το προφίλ του Έλληνα καταναλωτή. Αντιμετωπίζει πρόβλημα στο να καταλάβει τι συστατικά περιέχονται στα προϊόντα διατροφής και να αντιμετωπίσει την παχυσαρκία. Σύμφωνα με έρευνα για τις διατροφικές συνήθειες του Έλληνα που έγινε για λογαριασμό του Κέντρου Προστασίας Καταναλωτών (ΚΕΠΚΑ), η σωστή διατροφή δεν είναι προτεραιότητα του, αν και δηλώνει το αντίθετο (το 88,04% δηλώνει ότι προσέχει). Τι λένε οι αριθμοί; Συγκεκριμένα, η συντριπτική πλειοψηφία των καταναλωτών (60,14%)

επηρεάζεται από τη συσκευασία, τον τρόπο προώθησης των προϊόντων, καθώς και την τοποθέτηση τους στα ράφια, για να επιλέξει τα τρόφιμα που θα αγοράσει. Το 63,06% των καταναλωτών προτιμάει τα σούπερ 59 μάρκετ για τις αγορές του. Το 61,65% δυσκολεύεται να εντοπίσει τα συστατικά που αναγράφονται στη συσκευασία των προϊόντων, ενώ το 68,21% δυσκολεύεται να τα καταλάβει. Το 89,4%, δηλαδή 9 στους 10 καταναλωτές, πιστεύει πως πρέπει να βελτιωθεί ο τρόπος αναγραφής των συστατικών στις συσκευασίες. Απαραίτητη θεωρείται η χρήση πιο εκλαϊκευμένων όρων (47,75%).

Τέλος, οι Έλληνες καταναλωτές δεν αντιμετωπίζουν, το πρόβλημα της παχυσαρκίας με υγιεινή διατροφή και σωματική άσκηση ή με τη συμβολή ειδικών (67,38% των καταναλωτών που έκαναν δίαιτα αδυνατίσματος δεν ζήτησαν τη βοήθεια ειδικού), αλλά με τεχνητούς τρόπους, που προσφέρουν τα ινστιτούτα αδυνατίσματος και οι οποίοι δεν έχουν το αναμενόμενο αποτέλεσμα⁰.

Σακχαρώδης διαβήτης ορισμός

Ο ΣΔ είναι νόσος που συνοδεύεται συχνά από μεταβολικές διαταραχές που οδηγούν σε αυξημένο κίνδυνο νοσηρότητας και θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα. Ο σακχαρώδης διαβήτης δεν θεωρείται απλώς ως ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για αθηροσκλήρυνση αλλά πλέον θεωρείται ισοδύναμο καρδιαγγειακής νόσου⁰.

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης σε Παγκόσμιο και Ευρωπαϊκό επίπεδο

Ο ΣΔ είναι νόσος που συνοδεύεται συχνά από μεταβολικές διαταραχές που οδηγούν σε αυξημένο κίνδυνο νοσηρότητας και θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα. Ο σακχαρώδης διαβήτης δεν θεωρείται απλώς ως ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για αθηροσκλήρυνση αλλά πλέον θεωρείται ισοδύναμο καρδιαγγειακής νόσου.

Σε παγκόσμιο επίπεδο ο ΣΔ λαμβάνει διαστάσεις επιδημίας, και η πρόβλεψη από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας είναι ότι για την επόμενη 20ετία θα έχουμε αύξηση της τάξεως του 72%. Από 2ετίας οι κατευθυντήριες οδηγίες του NCEP (National Cholesterol Education Programme) θεωρούν τον σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) ισοδύναμη κατάσταση της στεφανιαίας νόσου (ΣΝ) από πλευράς αγγειακής επιβάρυνσης και βλάβης, και όχι απλά και μόνο παράγοντα κινδύνου για ΣΝ. Αξιόπιστες πληθυσμιακές μελέτες (Framingham Study, Strong Heart Study), δείχνουν ότι ο σχετικός κίνδυνος για καρδιαγγειακό θάνατο, είναι δύο

φορές μεγαλύτερος στους διαβητικούς άνδρες και πέντε φορές μεγαλύτερος για τις γυναίκες. Το γεγονός αυτό, οδηγεί στο συμπέρασμα, ότι ο ΣΔ εξαφανίζει την προστασία του γυναικείου φύλου απέναντι στη ΣΝ. Στη μελέτη του Bedford, ο σχετικός κίνδυνος θανάτου από ΣΝ, ήταν διπλάσιος τόσο στους διαβητικούς, όσο και στους ασθενείς με διαταραχή ανοχής στη γλυκόζη, ενώ στις διαβητικές γυναίκες ήταν πενταπλάσιος και τριπλάσιος αντιστοίχως.

Αν και οι εξελίξεις που έχουν επιτευχθεί στην αντιμετώπιση της καρδιαγγειακής νόσου και στις τεχνικές των επαναγγειωτικών παρεμβάσεων έχουν μειώσει την καρδιαγγειακή θνησιμότητα σημαντικά την τελευταία 10ετία, εντούτοις κατά το ίδιο χρονικό διάστημα ο ρυθμός καρδιαγγειακής θνητότητας στον διαβητικό πληθυσμό έχει παρουσιάσει αύξηση.

Ενδιαφέρουσα φιλανδική μελέτη επταετούς διάρκειας παρακολούθησης, τεκμηρίωσε επίσης ότι οι διαβητικοί χωρίς ιστορικό εμφράγματος του μυοκαρδίου παρουσιάζουν την ίδια επίπτωση στεφανιαίων συμπτωμάτων με τους μη διαβητικούς με ιστορικό εμφράγματος του μυοκαρδίου. Γεγονός που ερμηνεύει, γιατί οι οδηγίες και οι στόχοι πρωτογενούς πρόληψης της στεφανιαίας νόσου στα διαβητικά άτομα, είναι παρόμοια με τους στόχους δευτερογενούς πρόληψης στα μη διαβητικά άτομα. Σύμφωνα με στοιχεία που παρουσίασε ο αναπληρωτής διευθυντής της Β' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής του ΑΠΘ Βασίλειος Αθυρος πριν 5 χρόνια τα άτομα που είχαν υποστεί έμφραγμα στην Ευρώπη έπασχαν από διαβήτη σε ποσοστό 17%. Στη νέα πανευρωπαϊκή μελέτη EUROASPIRE III που έγινε σε 18 χώρες βρέθηκε ότι το 28% των ατόμων που έπαθαν έμφραγμα πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη. «Η έκρηξη παχυσαρκίας μεταβολικού συνδρόμου- διαβήτη, φαίνεται ότι προκαλεί τη νέα αυτή επιδημία εμφραγμάτων. Είναι 45 γνωστό ότι ο διαβήτης είναι ο ισχυρότερος παράγοντας κινδύνου για έμφραγμα μυοκαρδίου και ασθενείς που έχουν πάθει έμφραγμα και πάσχουν και από διαβήτη έχουν διπλάσιο κίνδυνο θανάτου από εκείνους που έχουν υποστεί μόνο έμφραγμα ή πάσχουν μόνο από διαβήτη και δεκαπλάσιο κίνδυνο από αυτούς που δεν έχουν κανένα από τα δύο νοσήματα» επισημαίνει ο κ.Αθυρος.

Πρόσφατη επιδημιολογική μελέτη έδειξε ότι το έμφραγμα αποτελεί παράγοντα κινδύνου εμφάνισης διαβήτη. Σύμφωνα με την ίδια μελέτη ένας στους δύο αρρώστους που υπέστησαν έμφραγμα και δεν είχαν διαβήτη, εμφάνισαν σε 5 χρόνια. Από την δεκαετία του 1990, ήταν γνωστό ότι ο διαβήτης είναι ισχυρότατος προδιαθεσικός παράγοντας κινδύνου

για την εκδήλωση εμφράγματος του μυοκαρδίου. Τώρα παρατηρείται και το αντίθετο, δηλ. το έμφραγμα μπορεί να οδηγήσει σε εμφάνιση διαβήτη. "Μπαίνουμε σε φαύλο κύκλο". Αυτοί που έχουν διαβήτη κινδυνεύουν να πάθουν έμφραγμα και αυτοί που παθαίνουν έμφραγμα χωρίς να έχουν διαβήτη κινδυνεύουν να πάθουν διαβήτη μετά το έμφραγμα. Αυτός ο φαύλος κύκλος πρέπει να σπάσει. Ο έλεγχος του σωματικού βάρους και η άσκηση μπορούν σε σημαντικό βαθμό να αποτρέψουν την εμφάνιση διαβήτη» υπογραμμίζει ο κ Άθυρος.

Γενικά:

- 50% των νεοδιαγνωσμένων διαβητικών τύπου II έχουν ήδη καρδιαγγειακή νόσο.
- 25% εξ αυτών θα αναπτύξουν καρδιαγγειακή νόσο.
- 75% θα πεθάνουν από την καρδιαγγειακή νόσο. [M. Davidson, Diabetes Care 2003; 26:3179] .

Κατάσταση που επικρατεί στην Ελλάδα και στην υπόλοιπη ευρώπη

Βήματα προς τα πίσω κάνουμε ως λαός στο θέμα των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Με βάση τα πρόσφατα επιδημιολογικά στοιχεία για τη θνητότητα από νοσήματα της καρδιάς και των αγγείων, η Ελλάδα υποβιβάζεται από τις χώρες «χαμηλού κινδύνου», στις χώρες «μεσαίου κινδύνου». Πρόκειται για μια φυσιολογική συνέπεια, με δεδομένο ότι τις τελευταίες δεκαετίες έχουμε γίνει «πρωταθλητές» στο κάπνισμα και στην παχυσαρκία, ενώ οι περισσότεροι Έλληνες κάνουμε καθιστική ζωή. Τα στοιχεία αυτά ανακοίνωσαν ο πρόεδρος της Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας, καθηγητής κ. Χαρίσιος Μπουντούλας, ο πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Αθηροσκλήρωσης, αναπληρωτής καθηγητής κ. Χρήστος Πίτσαβος και ο καρδιολόγος κ. Σταύρος Μπούσμπουλας, με αφορμή την Παγκόσμια Ημέρα Καρδιάς (24 Σεπτεμβρίου 2007). Ο κ. Πίτσαβος αναφέρθηκε και στο ειδικό σύστημα εκτίμησης του κινδύνου καρδιαγγειακού νοσήματος, το οποίο βρίσκεται στην ιστοσελίδα της Καρδιολογικής Εταιρείας (www.hcs.gr). Πρόκειται, είπε, για μια σημαντική προσπάθεια, καθώς αντίστοιχο έχουν στην Ευρώπη μόνο η Γερμανία και η Σουηδία.

Σύμφωνα με τον κ. Πίτσαβο, η αλλαγή των καθημερινών μας συνηθειών μπορεί να αλλάξει σημαντικά την εικόνα. Η διακοπή του καπνίσματος, λίγο μόνο καθημερινό περπάτημα και η βελτίωση της διατροφής μας μπορούν να βελτιώσουν όλους τους δείκτες και να απομακρύνουν την απειλή του εμφράγματος. Προς το παρόν, παγκοσμίως, 250 εκατομμύρια άνθρωποι χαρακτηρίζονται ως υπέρβαροι και αυτός ο αριθμός αυξάνεται με

ραγδαίους ρυθμούς χρόνο με το χρόνο. Στην Ελλάδα σύμφωνα με τα αποτελέσματα της 1ης επιδημιολογικής μελέτης που διεξήγαγε η Ελληνική Εταιρεία Παχυσαρκίας και τα οποία ανακοινώθηκαν το 2004, το 41,1% των ανδρών και 29,9% των 35 γυναικών είναι υπέρβαροι ενώ το 26% των ανδρών και 18,2% των γυναικών είναι παχύσαρκοι. Το συμπέρασμα είναι ότι στο γενικό Ελληνικό πληθυσμό το συνολικό ποσοστό ανέρχεται στο 48,1% σε άτομα ηλικίας 20-70 ετών, που σημαίνει ότι περίπου 1 στους 2 Έλληνες είναι υπέρβαρος ή παχύσαρκος. Ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο είναι η υπέρταση (υψηλή αρτηριακή πίεση).

Επιδημιολογικά στοιχεία της θεμελιώδους μελέτης Framingham αποδεικνύουν ότι η υπέρταση μαζί με αυξημένη χοληστερίνη, κάπνισμα, σακχαρώδη διαβήτη και υπερτροφία αριστερής κοιλίας (διαταραχές που συχνά συνυπάρχουν με την υπέρταση) αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης στεφανιαίας νόσου κατά 45% στη δεκαετία.

Μεγάλη προσοχή πρέπει να δείχνουμε και σε έναν πολύ κρίσιμο δείκτη για την πρόληψη. Πρόκειται για την περίμετρο της μέσης, η οποία δεν πρέπει να ξεπερνά τα 102 εκατοστά στους άνδρες και τα 88 εκατοστά στις γυναίκες. Το δυσάρεστο είναι ότι παρά το γεγονός ότι τα καρδιαγγειακά αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου, ελάχιστοι γνωρίζουν τους παράγοντες κινδύνου. Οι επιστήμονες επισημαίνουν ότι ο καρδιαγγειακός κίνδυνος οφείλεται σε ένα σύνολο παραγόντων, οι οποίοι μπορούν να επηρεαστούν⁰.

Οι κύριοι στόχοι του Ευρωπαϊκού χάρτη για την υγεία της καρδιάς

Ο Ευρωπαϊκός χάρτης για την υγεία της καρδιάς έχει σαν κύριους στόχους:

- Να κινητοποιήσει όλους τους φορείς που θα μπορούσαν να εμπλακούν στην πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων ενισχύοντας τη δέσμευσή τους σε ένα κοινό πλαίσιο αρχών.
- Να καταγράψει και να αναλύσει τις εθνικές πολιτικές που σχετίζονται με την πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων.
- Να ενισχύσει την πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και σωστή αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων στις γυναίκες.
- Να ενθαρρύνει τη μετάφραση και διάδοση του HeartScore σε όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες.
- Να βελτιώσει την κλινική πρακτική των ιατρών ενθαρρύνοντας την ορθή μεταφορά των Ευρωπαϊκών οδηγιών για την πρόληψη σε κάθε χώρα⁰.

Η Ευρώπη χρίζει άμεση παρέμβαση

Γιατί οι μισοί περίπου Ευρωπαίοι πεθαίνουν από κάποιο καρδιαγγειακό νόσημα. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα κοστίζουν στην οικονομία της ΕΕ 169 δις. ευρώ, που αντιστοιχούν σε 372 ευρώ κατ' άτομο ανά έτος. Γιατί το πρόγραμμα αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία για τη χώρα μας; Γιατί η επιδημία των καρδιαγγειακών νοσημάτων, που με τη μορφή κυρίως του εμφράγματος και του εγκεφαλικού επεισοδίου θα λάβει διαστάσεις πανδημίας στις προσεχείς δεκαετίες αν δεν υπάρξει αποτελεσματική παρέμβαση, ούτως ώστε να αντιστραφεί η εξάπλωση των παραγόντων του καρδιαγγειακού κινδύνου σε όλο και μεγαλύτερα στρώματα του πληθυσμού.

Η μεταβολή του τρόπου ζωής μας κατά τις τελευταίες δεκαετίες, που υιοθέτησε όλα τα αρνητικά, αποφεύγοντας τα θετικά πρότυπα του Δυτικού τρόπου ζωής, τείνει να αφοπλίζει τον ελληνικό πληθυσμό από τα εγγενή πλεονεκτικά 38 χαρακτηριστικά του, όπως είναι η Μεσογειακού τύπου διατροφή. Οι ανησυχητικές επιπτώσεις του γεγονότος τούτου απεικονίζονται στη δραματική αύξηση της συχνότητας του σακχαρώδη διαβήτη, της παχυσαρκίας, της υπέρτασης και της υπερχοληστερολαιμίας, ενώ το κάπνισμα συνεχίζει να βρίσκεται σε απαράδεκτα υψηλά επίπεδα. Τι μάθαμε τα τελευταία χρόνια για τους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου στον Ελληνικό πληθυσμό; Εξετάζοντας συνολικά 35.000 άτομα σε Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Κόρινθο, Αλεξανδρούπολη, Έδεσσα και Καλαμάτα, δημιουργήσαμε τη μεγαλύτερη ίσως βάση σύγχρονων δεδομένων για τους καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου που ενδημούν στον Ελληνικό πληθυσμό.

Συνοπτικά, διαπιστώσαμε για μια ακόμα φορά στον Ελληνικό πληθυσμό τη μεγάλη συχνότητα των κυριότερων παραγόντων κινδύνου, όπως είναι το κάπνισμα, η υπερχοληστερολαιμία, η υπέρταση και ο σακχαρώδης διαβήτης. Τη δυσμενή εικόνα συμπληρώνουν η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας και το αυξημένο μέσο σωματικό βάρος, αφού ένας στους πέντε Έλληνες είναι παχύσαρκος. Ειδικά μεταξύ όσων είναι σε ηλικία μικρότερη από 50 έτη, παρατηρούμε την ανησυχητική αύξηση του καπνίσματος μεταξύ των γυναικών. Ποσοστά καπνιστών περίπου 45% είναι από τα υψηλότερα που καταγράφονται στον Ευρωπαϊκό χώρο. Πρόβλημα διαπιστώνεται και λόγω ελλιπούς ενημέρωσης. Μόνο το 50% των ερωτηθέντων γνώριζε αν έχει υψηλά επίπεδα χοληστερόλης.

Αλλά και από αυτούς που γνωρίζουν το πρόβλημα, μόνο το 31% έλαβε κάποια μέτρα για να το αντιμετωπίσει, ενώ το 25% δεν έχει ποτέ λάβει κάποια σχετική συμβουλή από ιατρό. Εκτός αυτού διαπιστώνεται επίσης και μια στρεβλή επίγνωση του κινδύνου: Αφού οι περισσότεροι Έλληνες πιστεύουν ότι για τα καρδιαγγειακά νοσήματα ευθύνεται κυρίως το stress, υποτιμούν κάπνισμα και υπερχοληστερολαιμία και αγνοούν τον σημαντικό ρόλο της μειωμένης φυσικής δραστηριότητας, του αυξημένου σωματικού βάρους και του σακχαρώδους διαβήτη. Ευρήματα έρευνας που διεξήχθη σε 28 χώρες, στις οποίες συμπεριλαμβάνεται η Ελλάδα, δείχνουν ότι αυξημένος αριθμός ιατρών κατανοεί τη συσχέτιση που υπάρχει μεταξύ της συσσώρευσης ενδοκοιλιακού 39 λίπους γύρω από τη μέση (με δείκτη τη μέτρηση της περιμέτρου μέσης) και της ανάπτυξης διαβήτη και καρδιαγγειακής νόσου.

Παρόλα αυτά είναι πιο πιθανό οι ιατροί να εντοπίσουν και να αντιμετωπίσουν τους κλασικούς καρδιομεταβολικούς παράγοντες κινδύνου στους οποίους περιλαμβάνονται : ο διαβήτης τύπου 2, υψηλά επίπεδα ('κακής') LDL χοληστερόλης και υψηλή αρτηριακή πίεση συγκριτικά με τους αναδύμενους καρδιομεταβολικούς παράγοντες κινδύνου, όπως είναι η κοιλιακή παχυσαρκία, τα χαμηλά επίπεδα 'καλής' (HDL) χοληστερόλης και τα υψηλά επίπεδα λιπιδίων στο αίμα (τριγλυκερίδια). Επιπλέον, πάνω από 80% των ιατρών πιστεύει ότι οι ασθενείς του δεν είναι επαρκώς εκπαιδευμένοι για το πώς μπορούν να μειώσουν τους καρδιομεταβολικούς παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με αυτές τις νόσους. Στην Ελλάδα, 9% από τους 104 ιατρούς που ερωτήθηκαν, πιστεύουν ότι οι ασθενείς τους δεν είναι επαρκώς εκπαιδευμένοι για τους καρδιομεταβολικούς παράγοντες κινδύνου. Ο συνολικός καρδιομεταβολικός κίνδυνος αντιπροσωπεύει τον γενικότερο κίνδυνο εμφάνισης διαβήτη τύπου 2 και καρδιαγγειακής νόσου, οφειλόμενο σε πλήθος αναστρέψιμων παραγόντων κινδύνου, στους οποίους περιλαμβάνονται: υψηλό σάκχαρο αίματος, υψηλά επίπεδα LDL χοληστερόλης ή χαμηλά επίπεδα HDL χοληστερόλης στο αίμα, υψηλά επίπεδα τριγλυκεριδίων στο αίμα, αρτηριακή υπέρταση ή συσσώρευση ενδοκοιλιακού λίπους γύρω από τη μέση (με δείκτη τη μέτρηση της περιμέτρου μέσης). Πρόσφατα στοιχεία έδειξαν ότι αυτό το σύνολο των αναστρέψιμων παραγόντων μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο ανάπτυξης διαβήτη τύπου 2 και καρδιαγγειακής νόσου.

Είναι επομένως σημαντικό να ελέγχονται συστηματικά αυτοί οι παράγοντες κινδύνου, προκειμένου να εκτιμάται ο κίνδυνος εκδήλωσης διαβήτη τύπου 2 και καρδιαγγειακής νόσου. Τα αποτελέσματα της έρευνας Shape of the Nations 2007, έδειξαν ότι περίπου τρία

τέταρτα των ερωτηθέντων ιατρών κατανοούν ότι οι κλασικοί καρδιομεταβολικοί παράγοντες κινδύνου, όπως ο διαβήτης τύπου 2, η υψηλή αρτηριακή πίεση, το κάπνισμα και τα υψηλά επίπεδα LDL χοληστερόλης αποτελούν τον υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης καρδιακής νόσου. Παρόλα αυτά 40 δίνουν λιγότερη σημασία στους αναδυόμενους παράγοντες καρδιομεταβολικού κινδύνου, που θέτουν τους ασθενείς τους σε κίνδυνο, όπως είναι η ενδοκοιλιακή παχυσαρκία, τα υψηλά επίπεδα τριγλυκεριδίων στο αίμα και τα χαμηλά επίπεδα HDL (‘καλής’) χοληστερόλης. Η έρευνα επίσης έδειξε ότι μόνο 6% του γενικού πληθυσμού και 11% των ασθενών υψηλού κινδύνου γνωρίζουν ότι ο διαβήτης τύπου 2 είναι ένας καρδιομεταβολικός παράγοντας κινδύνου . Επιπλέον, μόνο ένας στους τρεις ασθενείς υψηλού κινδύνου ανέφερε ότι έχει μετρηθεί από τον ιατρό του για τους αναδυόμενους καρδιομεταβολικούς παράγοντες⁰ .

Κεφάλαιο 3⁰

Ψυχολογικοί παράγοντες

Γενικές πληροφορίες

Η κατάθλιψη έχει πολλά διαφορετικά πρόσωπα. Μπορεί να σχετίζεται με την ανεργία και το αίσθημα αποτυχίας που δημιουργεί αυτή η κατάσταση ή με την απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου.

Επίσης, μπορεί να υπάρχει οικογενειακό ιστορικό ή προδιάθεση και το άτομο να μην καταλαβαίνει τι ακριβώς του συμβαίνει και κυρίως γιατί του συμβαίνει. Η κατάθλιψη επηρεάζει τόσο τους άντρες και όσο και τις γυναίκες. Ωστόσο, περισσότερες γυναίκες από ό,τι άνδρες είναι πιθανό να διαγνωστούν με κατάθλιψη κατά τη διάρκεια ενός έτους.

Η κατάθλιψη λοιπόν δεν είναι κάτι «το φυσιολογικό εφόσον είσαι γυναίκα» ούτε είναι μια «γυναικεία αδυναμία». Πολλές γυναίκες με κατάθλιψη δεν αναζητούν θεραπεία. Όμως οι περισσότερες, ακόμη και εκείνες με την πιο σοβαρή κατάθλιψη, μπορεί να πάνε καλύτερα με τη θεραπεία. Η ζωή είναι γεμάτη σκαμπανεβάσματα. Όμως, όταν οι αρνητικές καταστάσεις που βιώνει ένα άτομο διαρκούν για εβδομάδες ή και μήνες μέσα σε ένα χρόνο ή έχουν αποτέλεσμα τη διακοπή και αναστολή των κανονικών του δραστηριοτήτων, τότε ενδέχεται να πάσχει από κατάθλιψη.

Η κατάθλιψη λοιπόν είναι μια ιατρική ασθένεια που αφορά το σώμα, τη διάθεση και τις σκέψεις. Επηρεάζει τον τρόπο που τρώει και κοιμάται, το πώς αισθάνεται για τον εαυτό του καθώς και τον τρόπο που σκέφτεται διάφορες καταστάσεις. Η κατάθλιψη είναι κάτι διαφορετικό από τη μελαγχολία ή την κακοκεφιά, που μπορεί να διαρκεί μερικές ώρες ή μερικές ημέρες. Δεν είναι μια κατάσταση που επιθυμεί ούτε μια κατάσταση που μπορεί να διορθώσει χωρίς μεγάλη προσπάθεια. Υπάρχουν διαφορετικά είδη κατάθλιψης. Η μείζονα καταθλιπτική διαταραχή ή μείζονα κατάθλιψη είναι συνδυασμός συμπτωμάτων που επιδρούν στην ικανότητα ενός ατόμου να εργάζεται, να κοιμάται, να σπουδάζει, να τρώει και να απολαμβάνει τα χόμπι του. Η δυσθυμική διαταραχή ή δυσθυμία είναι ένα είδος κατάθλιψης που διαρκεί για μεγάλο χρονικό διάστημα (δύο χρόνια ή περισσότερο) και τα συμπτώματα είναι λιγότερο σοβαρά από αυτά της μείζονος κατάθλιψης, αλλά μπορούν επίσης να εμποδίσουν το άτομο να ζει κανονικά και να αισθάνεται καλά. Υπάρχουν κάποια είδη κατάθλιψης που παρουσιάζουν ελαφρώς διαφορετικά συμπτώματα από αυτά που περιγράφονται παραπάνω. Αυτά μπορεί να ξεκινήσουν έπειτα από ένα συγκεκριμένο 44 γεγονός. Ωστόσο, δεν είναι όλοι οι επιστήμονες σύμφωνοι για τον τρόπο σήμανσης και τον καθορισμό αυτών των μορφών κατάθλιψης.

Οι κυριότερες μορφές κατάθλιψης

1. Η ψυχωτική κατάθλιψη, η οποία συμβαίνει όταν μια σοβαρή καταθλιπτική διαταραχή έχει τη μορφή ψύχωσης, με εκδηλώσεις όπως ρήξη με την πραγματικότητα, ψευδαισθήσεις και παραλήρημα. 2. Η επιλόχεια κατάθλιψη, αν η νέα μητέρα έχει ένα

μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο μέσα σε ένα μήνα μετά τον τοκετό.³ Η εποχιακή συναισθηματική διαταραχή (ΕΔΕ), η οποία εμφανίζεται τους χειμερινούς μήνες, όταν δεν υπάρχει ηλιοφάνεια. Δεν υπάρχει μία μοναδική αιτία κατάθλιψης. Υπάρχουν πολλοί λόγοι για τους οποίους μια γυναίκα μπορεί να εμφανίσει κατάθλιψη: 1. Γενετικοί (οικογενειακό ιστορικό). Αν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης, οι πιθανότητες είναι περισσότερες. Ωστόσο, ενδεχομένως να εμφανίσουν και γυναίκες δίχως ανάλογο οικογενειακό ιστορικό. 2. Χημική ανισορροπία. Ο εγκέφαλος των ανθρώπων με κατάθλιψη φαίνεται ότι λειτουργεί διαφορετικά. Τα τμήματα του εγκεφάλου που διαχειρίζονται τη διάθεση, τις σκέψεις, τον ύπνο, την όρεξη και τη συμπεριφορά δεν έχουν τη σωστή ισορροπία των χημικών ουσιών. 3. Ορμονικοί παράγοντες. Οι αλλαγές του έμμηνου κύκλου, η εγκυμοσύνη, η αποβολή, η χρονική περίοδος μετά τον τοκετό, η προεμμηνόπαυση και η εμμηνόπαυση μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη λόγω των ορμονικών μεταβολών που συνεπάγονται οι παραπάνω καταστάσεις. 4. Άγχος και στρεσογόνα γεγονότα. Το ψυχικό τραύμα, η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, μια κακή σχέση, οι υποχρεώσεις της εργασίας, η φροντίδα των παιδιών και των ηλικιωμένων γονέων, η κακοποίηση και η φτώχεια μπορούν να προκαλέσουν κατάθλιψη Ιατρικές ασθένειες. Η ενασχόληση με σοβαρές ιατρικές ασθένειες, όπως το εγκεφαλικό επεισόδιο, η καρδιακή προσβολή ή ο καρκίνος μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη^{0,0}.

Συμπτωματολογία της κατάθλιψης

Η κατάθλιψη δεν παρουσιάζει τα ίδια συμπτώματα σε όλους τους ανθρώπους. Η συχνότητα και η διάρκεια των συμπτωμάτων είναι διαφορετικές για κάθε άτομο. Τα συμπτώματα της κατάθλιψης περιλαμβάνουν: αίσθημα θλίψης, άγχους ή «κενού», αίσθημα απελπισίας, απώλεια ενδιαφέροντος για χόμπι και δραστηριότητες που κάποτε το άτομο απολάμβανε, μειωμένη ψυχική και σωματική ενέργεια, δυσκολία συγκέντρωσης, δυσκολία στην απομνημόνευση, δυσκολία στη λήψη αποφάσεων, αϋπνία, αφύπνιση νωρίς το πρωί ή oversleeping (το άτομο δεν θέλει να σηκωθεί), απώλεια της επιθυμίας για φαγητό, απώλεια βάρους, κατανάλωση περισσότερης τροφής για να «νιώσει καλύτερα» και αύξηση του σωματικού βάρους, σκέψεις να πληγώσει τον εαυτό του, σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας, ευερεθιστότητα, ευθιξία, θυμώνει πολύ εύκολα, σταθερά σωματικά συμπτώματα που δεν

βελτιώνονται με την αγωγή, όπως πονοκέφαλοι, στομαχικές διαταραχές και πόνος που δεν υποχωρεί. Το πρώτο βήμα που πρέπει να κάνει κάθε ασθενής είναι να δει ένα γιατρό.

Ορισμένα φάρμακα και ορισμένες ιατρικές παθήσεις (όπως οι ιοί ή μια διαταραχή του θυρεοειδούς) είναι πιθανόν να προκαλέσουν συμπτώματα ίδια με αυτά της κατάθλιψης. Επίσης, είναι σημαντικό ο ειδικός γιατρός να αποκλείσει την κατάθλιψη που σχετίζεται με μια άλλη ψυχική ασθένεια που ονομάζεται διπολική διαταραχή. Ένας γιατρός αποκλείει αυτές τις πιθανές αιτίες με τη φυσική εξέταση, με τη λήψη ενός λεπτομερούς ιστορικού ή/και με εργαστηριακές εξετάσεις. Αν μια ιατρική κατάσταση και η διπολική διαταραχή αποκλειστούν, ο γιατρός πρέπει να διεξαγάγει ψυχολογική εξέταση ή να συστήσει στο άτομο να επισκεφτεί έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας.

Διάγνωση

Μόλις διαγνωστεί η κατάθλιψη, αντιμετωπίζεται με ψυχοθεραπεία και φαρμακευτική αγωγή με αντικαταθλιπτικά. Μερικοί ασθενείς με ηπιότερες μορφές κατάθλιψης νιώθουν καλύτερα και μόνο με την ψυχοθεραπεία. Άλλοι που έχουν μέτρια έως σοβαρή κατάθλιψη μπορεί να επωφεληθούν από τα αντικαταθλιπτικά. Όμως ίσως χρειαστούν μερικές εβδομάδες ή και μήνες προτού αρχίσουν να αισθάνονται αλλαγή στη διάθεσή τους. Κάποιοι ασθενείς νιώθουν καλύτερα ακολουθώντας και τις δύο θεραπείες: ψυχοθεραπεία και αντικαταθλιπτικά. Η απόφαση για το αν μια έγκυος θα παραμείνει ή όχι στην αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή είναι δύσκολη. Είναι απαραίτητο να μιλήσει με το γιατρό της.

Τα φάρμακα που λαμβάνονται στην εγκυμοσύνη περνούν στο έμβρυο. Σε σπάνιες περιπτώσεις, ορισμένα αντικαταθλιπτικά έχουν συσχετιστεί με προβλήματα στην αναπνοή και στην καρδιά των νεογνών, καθώς και νευρική, δυσκολία σίτισης ή χαμηλά επίπεδα σακχάρου αίματος μετά τον τοκετό. Ωστόσο, οι μητέρες που διακόπτουν τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα διατρέχουν υψηλό κίνδυνο να υποτροπιάσουν. Η γυναίκα πρέπει να συζητήσει με το γιατρό της για τους κινδύνους και τα οφέλη της λήψης αντικαταθλιπτικών στην εγκυμοσύνη. Ο γιατρός της θα τη βοηθήσει να αποφασίσει τι είναι καλύτερο για την ίδια και το μωρό της. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η γυναίκα και ο γιατρός της αποφασίζουν να μειώσουν σταδιακά τη δόση του αντικαταθλιπτικού κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα της εγκυμοσύνης. Κάτι τέτοιο μπορεί να βοηθήσει το νεογνό να υποφέρει λιγότερο από τα συμπτώματα εξάρτησης. Μετά τον τοκετό, η γυναίκα μπορεί να

επιστρέψει στην πλήρη δόση. Αυτό θα τη βοηθήσει να νιώσει καλύτερα κατά τη διάρκεια της περιόδου μετά τον τοκετό, όπου ο κίνδυνος της κατάθλιψης είναι μεγαλύτερος.

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορούν να περάσουν στο μητρικό γάλα, άρα υπάρχει κάποιος κίνδυνος για το νεογνό την περίοδο του θηλασμού. Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs) είναι ένα είδος αντικαταθλιπτικού για τη θεραπεία της κατάθλιψης και της αγχώδους διαταραχής. Μια σειρά από ερευνητικές μελέτες δείχνουν ότι ορισμένα αντικαταθλιπτικά, όπως είναι μερικά από τα SSRIs, έχουν χρησιμοποιηθεί με σχετική ασφάλεια κατά τη διάρκεια του θηλασμού. Θα πρέπει η μητέρα να συζητήσει με το γιατρό της αν ο θηλασμός είναι μια κύρια επιλογή ή αν θα πρέπει να αλλάξει ο τύπος ταΐσματος του μωρού της. Παρ' όλο που ο θηλασμός έχει πολλά οφέλη για το μωρό, το σημαντικότερο είναι η μητέρα να παραμείνει υγιής, ώστε να φροντίζει το μωρό της. Τα αντικαταθλιπτικά πρέπει να χορηγούνται με προσοχή στους νέους, καθώς αυξάνουν τις πιθανότητες τα παιδιά, οι έφηβοι και οι νεαροί ενήλικοι να σκεφτούν την αυτοκτονία ή την απόπειρα αυτοκτονίας. Το 2007, ο FDA ζήτησε να επεκταθεί η προειδοποίηση χρήσης των αντικαταθλιπτικών και να συμπεριλάβει νέους ενηλίκους μέχρι την ηλικία των 24 ετών. Η προειδοποίηση αναφέρει ότι ασθενείς όλων των ηλικιών που παίρνουν αντικαταθλιπτικά θα πρέπει να παρακολουθούνται στενά, ιδιαίτερα κατά τις πρώτες εβδομάδες της θεραπείας. Πιθανές παρενέργειες πρέπει να παρακολουθούνται και να εντοπίζονται, όπως η επιδείνωση της κατάθλιψης, ο αυτοκτονικός ιδεασμός ή αυτοκτονική συμπεριφορά ή οποιοσδήποτε ασυνήθιστες αλλαγές στη συμπεριφορά, όπως αϋπνία, διέγερση, απομάκρυνση από τις συνήθεις κοινωνικές καταστάσεις.

Η οικογένεια και όσοι φροντίζουν τον ασθενή πρέπει να δώσουν ιδιαίτερη προσοχή και να αναφέρουν στο γιατρό του τυχόν αλλαγές στη συμπεριφορά του. Σε ό,τι αφορά την εναλλακτική ή συμπληρωματική ιατρική στη θεραπεία της κατάθλιψης, έχει χρησιμοποιηθεί το υπερικό (St John's Wort). Πρόκειται για ένα φυτό με κίτρινα λουλούδια που χρησιμοποιείται εδώ και αιώνες σε διάφορες θεραπείες, συμπεριλαμβανομένων της κατάθλιψης και του άγχους. Ωστόσο, έρευνες και μελέτες από το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας διαπίστωσαν ότι το βαλσαμόχορτο δεν ήταν αποτελεσματικό στη θεραπεία της μείζονος κατάθλιψης.

Άλλη έρευνα δείχνει ότι το υπερικό μπορεί να κάνει μερικά φάρμακα να μη λειτουργούν ή μπορεί να προκαλέσει επικίνδυνες παρενέργειες. Φαίνεται να παρεμβαίνει στη δράση ορισμένων φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της καρδιακής

νόσου, του ιού HIV, της κατάθλιψης, των επιληπτικών κρίσεων, ορισμένων μορφών καρκίνου και κατά της απόρριψης της μεταμόσχευσης. Επίσης μπορεί να επηρεάσει τη δράση των αντισυλληπτικών χαπιών.

Επομένως, οι ασθενείς πρέπει πάντα να συμβουλευούνται το γιατρό τους πριν πάρουν οποιοδήποτε φυτικό συμπλήρωμα. Το υπερικό δεν είναι μια αποδεδειγμένη θεραπεία για την κατάθλιψη. Αν η κατάθλιψη δεν αντιμετωπιστεί με το σωστό τρόπο, μπορεί να γίνει σοβαρή και, σε ορισμένες περιπτώσεις, να οδηγήσει στην αυτοκτονία.

Άγχος

Το άγχος είναι επίσης μια κοινή κατάσταση σε ασθενείς με οξεία καρδιαγγειακή νόσο. Αυξημένα επίπεδα άγχους έχουν αναφερθεί στο 20% έως 50% των ασθενών μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, ενώ 25% από αυτούς έχουν να αντιμετωπίσουν συμπτώματα άγχους τόσο έντονα όσο ασθενείς που νοσηλεύονται σε μια μέση ενδονοσοκομειακή ψυχιατρική μονάδα. Το άγχος συχνά επιμένει μετά από ένα καρδιακό επεισόδιο μέχρι και 2 χρόνια αργότερα. Η διαπίστωση ότι οι ασθενείς με σταθερή στεφανιαία νόσο έχουν υψηλότερα επίπεδα άγχους από τον γενικό πληθυσμό, με ποσοστά επιπολασμού που κυμαίνονται από 16% έως 42%, αποτελεί περαιτέρω απόδειξη του καθολικού χαρακτήρα του άγχους σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο.

Πέραν των αυξημένων επιπέδων άγχους, όπως μετράται σε κλίμακες αυτο-αναφοράς, φαίνεται ότι και οι αγχώδεις διαταραχές είναι πιο συχνές σε καρδιακούς ασθενείς από ότι στο γενικό πληθυσμό. Σε μια συγχρονική μελέτη, χρησιμοποιώντας ημι-δομημένες διαγνωστικές συνεντεύξεις, διαπιστώθηκε ότι το 36% των ασθενών πληρούσαν τα κριτήρια για μια αγχώδη διαταραχή κατά τη στιγμή της αξιολόγησης ενώ 45% είχε ιστορικό αγχώδους διαταραχής. Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή είναι παρούσα στο 24 % των ασθενών με καρδιακή νόσο. Η διαταραχή πανικού εμφανίζεται επίσης και σε σημαντικά αυξημένα ποσοστά μεταξύ των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα, με το 5% έως 50% των καρδιακών ασθενών να εμφανίζουν διαταραχή πανικού κατά την διάρκεια ενός καρδιακού συμβάματος. Όπως και με την κατάθλιψη, το κλινικά σημαντικό άγχος, ειδικά σε ασθενείς μετά από ΟΣΣ, παραβλέπεται στις μονάδες καρδιακής νοσηλείας. Η παρακολούθηση των ασθενών με αυτά τα συμπτώματα είναι εξίσου περιορισμένη.

Ενδεικτικό είναι ότι σε μια μελέτη, μόνο το ένα τρίτο των ασθενών που είχαν αυξημένο άγχος μετά από ΟΣΣ ερωτήθηκαν σχετικά με αυτά τα συμπτώματα από τους

γιατρούς τους κατά το επόμενο έτος.

Σχέσεις μεταξύ της κατάθλιψης, άγχους και αρνητικής καρδιακής έκβασης σε σχέση με την κατάθλιψη.

Υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι η κατάθλιψη αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα που συμβάλλει στην αρνητική έκβαση σε όλο το φάσμα των καρδιακών παθήσεων. Η κατάθλιψη σε υγιή άτομα χωρίς καρδιακή νόσο έχει συσχετιστεί με την ανάπτυξη της στεφανιαίας νόσου. Η μελέτη Johns Hopkins παρακολούθησε άνδρες, φοιτητές ιατρικής, για 40 χρόνια και διαπίστωσε ότι η κατάθλιψη ήταν μια ανεξάρτητη μεταβλητή πρόβλεψης της μετέπειτα εξέλιξης της καρδιακής νόσου και του εμφράγματος του μυοκαρδίου. Έκτοτε, έχουν υπάρξει πολυάριθμες μελέτες σε υγιείς άνδρες και γυναίκες που συνδέουν την κατάθλιψη με την εκδήλωση καρδιακής νόσου. Μια μετα-ανάλυση του πληθυσμού αυτού έδειξε ότι η κατάθλιψη σχετίζεται με αύξηση 60% στην καρδιακή νόσο.

Μεταξύ των ασθενών τώρα με καρδιακή νόσο, η κατάθλιψη έχει σχετισθεί με την εξέλιξη της καρδιακής νόσου. Οι ασθενείς που βρέθηκε να έχουν κατάθλιψη όταν διαγνώστηκαν με στεφανιαία νόσο σε καρδιακό καθετηριασμό είναι πιο πιθανό να έχουν οξεία καρδιαγγειακά / ισχαιμικά επεισόδια από ασθενείς χωρίς κατάθλιψη ενώ υπερτασικοί ασθενείς με κατάθλιψη είναι πιο πιθανό να καταλήξουν από καρδιακή νόσο. Τέλος, οι ασθενείς με κατάθλιψη κατά την φάση της οξείας ισχαιμίας του μυοκαρδίου, έχουν επιβαρυνόμενη εξέλιξη της καρδιακής νόσου σε σύγκριση με εκείνους που δεν έχουν κατάθλιψη.

Συγκεκριμένα, μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου η κατάθλιψη σχετίζεται με επιβαρυνόμενη ποιότητα ζωής εξαιτίας των προβλημάτων υγείας, επαναλαμβανόμενα καρδιακά συμβάματα, αυξημένη θνησιμότητα, ανεξάρτητα από άλλες παραμέτρους και δημογραφικά χαρακτηριστικά. Αυτές οι συσχετίσεις φαίνεται να υπάρχουν ανεξάρτητα από το τρόπο μέτρησης ή/και διάγνωσης που χρησιμοποιούν οι ερευνητές- είτε δηλαδή η κατάθλιψη μετριέται με ερωτηματολόγια αυτο-αναφοράς είτε με δομημένη κλινική συνέντευξη. Σε μια μετα-ανάλυση 22 μελετών το 2004 που περιελάμβανε πάνω από 6000 ασθενείς διαπιστώθηκε ότι οι ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου επαναλαμβανόμενων καρδιακών επεισοδίων και θνησιμότητας κατά το έτος μετά από ΕΜ είχαν αναλογία 2:0 και

2:6 σε ασθενείς με κατάθλιψη στην μεταεμφραγματική περίοδο σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν κατάθλιψη. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα κατά την περίοδο μετά το ΟΣΣ μπορεί να έχουν εκτεταμένες συνέπειες. Μια πρόσφατη διαχρονική μελέτη της μεταεμφραγματικής κατάθλιψης διαπίστωσε ότι η αρχική τιμή της κατάθλιψης, που υποδήλωνε και την σοβαρότητα της, λίγες εβδομάδες μετά το ΟΣΣ, ήταν ένα ισχυρός και ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για την καρδιακή θνησιμότητα περίπου 7 χρόνια μετά την εκδήλωση του πρωτογενούς καρδιακού συμβάματος. Τα ευρήματα από αυτήν την μελέτη αναφέρουν ότι οι ασθενείς των οποίων η κατάθλιψη είναι ανθεκτική σε συνήθεις θεραπείες φαίνεται να διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο αρνητικής καρδιακής έκβασης. Είναι ασαφές κατά πόσον αυτό οφείλεται στο ότι η κατάθλιψη επιμένει ή αν αυτή είναι μια ξεχωριστή υποκατηγορία κατάθλιψης.

Εκτός από τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της μεταεμφραγματικής κατάθλιψης, φαίνεται ότι η κατάθλιψη μπορεί επίσης να έχει άμεσες αρνητικές συνέπειες, μεταξύ των ασθενών που έχουν εισαχθεί στο νοσοκομείο με οξεία ισχαιμία του μυοκαρδίου. Τουλάχιστον δύο μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι οι ασθενείς οι οποίοι εισέρχονται στο νοσοκομείο με μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο είναι πιο πιθανό να έχουν καρδιακές επιπλοκές μέσα στο νοσοκομείο.

Αν και οι περισσότερες μελέτες σε ασθενείς με ΟΣΣ έχουν αξιολογήσει την κατάθλιψη κυρίως μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου, η κατάθλιψη σε ασθενείς με ασταθή στηθάγχη έχει επίσης σχετισθεί με την καρδιακή νοσηρότητα και θνησιμότητα.

Σχέσεις μεταξύ της κατάθλιψης, άγχους και αρνητικής καρδιακής έκβασης σε σχέση με το άγχος

Το άγχος φαίνεται επίσης να συνδέεται με την αρνητική καρδιακή έκβαση σε όλο το φάσμα των καρδιακών παθήσεων. Άτομα με αυξημένο άγχος έχουν υψηλότερα ποσοστά στον ρυθμό εξέλιξης της στεφανιαίας νόσου από άτομα με χαμηλότερο άγχος, ανεξάρτητα από άλλους παράγοντες κινδύνου.

Πράγματι, το άγχος μπορεί να σχετίζεται περισσότερο με την απαρχή των καρδιακών παθήσεων από την κατάθλιψη. Πιο συγκεκριμένα, η έννοια της 'ανησυχίας' είναι ένα στοιχείο του άγχους που φαίνεται να συνδέεται ιδιαίτερα με την καρδιακή νόσο. Μεταξύ των ασθενών με οξεία καρδιαγγειακά νοσήματα, σε ασθενείς δηλαδή πλέον ευάλωτους στα

καρδιακά επεισόδια και στις επιπλοκές τους, τα αυξημένα επίπεδα άγχους μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου σχετίζονται ανεξάρτητα με τις εντός του νοσοκομείου καρδιακές επιπλοκές. Επιπλέον, αν και προηγούμενες μελέτες δεν βρήκαν καμία τέτοια σχέση, πολλές πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι το άγχος μετά από ΕΜ συνδέεται μακροπρόθεσμα με καρδιακές επιπλοκές και θνησιμότητα.

Στις μελέτες αυτές περιλαμβάνεται μια πρόσφατη καλά σχεδιασμένη μελέτη από την Frasure-Smith και συν.. Οι συγκεκριμένοι ερευνητές έδειξαν ότι η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή (ΓΑΔ) στον καθορισμό των στεφανιαίας νόσου σχετίζεται σε διάστημα 2 χρόνων με ανεπιθύμητα καρδιακά συμβάματα. Μήπως τελικά η κατάθλιψη και το άγχος δρουν αθροιστικά στην καρδιαγγειακή νόσο σε ασθενείς με ισχαιμικά επεισόδια; Δεν υπάρχουν πολλές μελέτες σε αυτό τον τομέα και όσες υπάρχουν έχουν ασαφή αποτελέσματα.

Μια πρόσφατη ανάλυση των δεδομένων της μελέτης Women's Ischemia Syndrome Evaluation (WISE) έδειξε ότι γυναίκες με κατάθλιψη και υψηλότερα επίπεδα άγχους είναι πιο πιθανό να έχουν καρδιαγγειακά επεισόδια από γυναίκες με κατάθλιψη και χαμηλά επίπεδα άγχους. Αντίθετα, στα προαναφερθέντα στοιχεία της μελέτης του Frasure-Smith και συν. διαπιστώνεται ότι και η μείζον κατάθλιψη και η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή σχετίζονται με καρδιακά επεισόδια, αλλά και ότι οι ασθενείς με συνοσυρότητα άγχους κατάθλιψης δεν είχαν περαιτέρω αυξημένο κίνδυνο.

Όρος Στρες

Όρος στρες είναι είναι μια φυσιολογική σωματική και ψυχική αντίδραση σε μια απειλή ή σε μια αίτηση για την αντιμετώπιση απαιτητικών καταστάσεων. Όταν κάποιος άνθρωπος νιώθει στρες το σώμα του είναι σε ένταση και ο εγκέφαλος του πυροδοτείται από πολλαπλές σκέψεις.

Ο κάθε άνθρωπος εκτίθεται καθημερινά σε στρες καταστάσεις. Το στρες μάλιστα μπορεί να είναι και θετικό - το λεγόμενο ευ στρες - όταν κανείς καλείται να το αντιμετωπίσει σπάνια (ή μόνο μερικές φορές) και σε περιορισμένο βαθμό. Σε αυτή την περίπτωση λειτουργεί σαν καταλύτης και τον ενεργοποιεί για να αντεπεξέλθει στις όποιες καταστάσεις. Όσο πιο συχνό και έντονο είναι το στρες, τόσο πιο δύσκολο είναι να αντιμετωπιστούν οι καθημερινές υποχρεώσεις. Συναισθήματα, θυμού, απογοήτευσης και φόβου, όπως επίσης, οξυθυμία, κούραση και κατάθλιψη, κυριαρχούν και δεν επιτρέπουν να λειτουργήσει ο άνθρωπος με συγκέντρωση. Το στρες κάνει τους ανθρώπους ιδιαίτερα απαιτητικούς,

ανυπόμονους και ευερέθιστους με ιδιαίτερα χαμηλή διάθεση για συνεργασία. Διατρέχεται μάλιστα κίνδυνος να κακοποιήσει κανείς λεκτικά ή ακόμη και σωματικά τα παιδιά του. Λειτουργώντας κάτω από στρες, υπάρχει η τάση να παρεξηγηθεί η συμπεριφορά των παιδιών του, πιστεύοντας ότι για παράδειγμα έκαναν κάτι από πρόθεση ενώ στην πραγματικότητα πρόκειται για μια απλή απροσεξία. Το άγχος μπορεί να έχει ψυχογενή προέλευση ή μπορεί να είναι συνέπεια σωματικής πάθησης.

Επιπλέον, εξαρτάται από τις γνωστικές, συναισθηματικές διεργασίες, τον τρόπο ζωής του ατόμου και τον τρόπο αντίληψης του. Κάθε άτομο έχει ένα ορισμένο βαθμό άγχους, ο οποίος θεωρείται φυσιολογικός κάτω από ορισμένες περιστάσεις. Σε κάποιες άλλες όμως περιπτώσεις αυξημένου άγχους, προξενεί κακό και συντελεί στο να υπολειτουργεί το άτομο στις δραστηριότητες του και στο να επηρεάζεται αρνητικά η υγεία του⁰.

Επιδημιολογία στρες

Επικρατεί η εντύπωση ότι η επίπτωση των αγχωδών καταστάσεων παρουσιάζεται συχνότερα στις βιομηχανοποιημένες κοινωνίες, παρόλο που καμία έρευνα μέχρι τώρα δεν έχει αποδείξει μεγάλη ποσοτική διαφορά. Πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι το άγχος επηρεάζει μέσω των ορμονών το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού, με αποτέλεσμα άτομα με άγχος να παρουσιάζουν λιγότερη αντοχή σε διάφορες οργανικές διαταραχές.

Αιτιοπαθογένεια στρες

- Βιολογικές θεωρίες: το άγχος συνδέεται με υπερδιέγερση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος και έντονη νοραδρενεργική δραστηριότητα. Οι συνάψεις GABA μπορούν να το αναστείλουν.
- Ψυχαναλυτική θεωρία: το άγχος σύμφωνα με τον Φρόιντ θεωρείται αποτέλεσμα μεταλλαγής της λιμπιντικής ενέργειας. Αργότερα υποστηρίχτηκε πως η εκδήλωση του άγχους γίνεται λόγω της αποτυχημένης προσπάθειας απώθησης και δόμησης νευρωσικών συμπτωμάτων.
- Συμπεριφοριστική σχολή: θεωρεί πως το άγχος εκδηλώνεται λόγω της τοποθέτησης ενός εξαρτημένου αντανακλαστικού κατά την διάρκεια της πρώτης παιδικής ηλικίας.

- Γνωσιακή σχολή: το άγχος είναι συναίσθημα το οποίο παράγεται σε συνθήκες πραγματικού ή φανταστικού κινδύνου. Το άτομο δεν μπορεί να ελέγξει εσωτερικά ή εξωτερικά αγχογόνα ερεθίσματα^{0,0}

Μοντέλα άγχους

- *Selye* (1930):
υπογράμμισε πως το άγχος είναι μία αυτόματη βιολογική αντίδραση του οργανισμού σε διάφορα εξωγενή ερεθίσματα. Επιπλέον, θεωρούσε πως η αγχωτική αντίδραση θα προκύψει μόνο εάν το άτομο νιώσει ανίκανο να αντεπεξέλθει στις απαιτήσεις μίας κατάστασης.
- *Lazarus και Folkman* (1984):
πρότειναν πως το άτομο κάνει δυο γνωστικές αξιολογήσεις μόλις ενοχληθεί: πρώτον, εάν ο αγχωτικός παράγοντας ή το γεγονός θέτει σε κίνδυνο το άτομο (the primary appraisal), και δεύτερον, εάν είναι ικανό να τα βγάλει πέρα με αυτόν (the secondary appraisal).
- *Sarafino* (1994):
όρισε το άγχος ως την κατάσταση που υπάρχει όταν η συναλλαγή μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος οδηγεί το μεμονωμένο άτομο να αντιληφθεί μια διαφορά –αληθινή ή όχι- μεταξύ των απαιτήσεων μίας κατάστασης και των πόρων των βιολογικών, των ψυχολογικών και των κοινωνικών συστημάτων. Αυτός ο ορισμός αναζητά το κενό μεταξύ του πώς αξιολογούμε μία κατάσταση και πως τις ικανότητες του εαυτού μας.

Αναλυτικότερα με την γνωστική αξιολόγηση

- Στην αρχική αξιολόγηση (the primary appraisal) κρίνουμε εάν ένα γεγονός είναι θετικό, αρνητικό ή ουδέτερο. Έτσι, ένα κτύωμα μπορεί να είναι θετικό (επειδή δεν θα πας στην δουλειά την επόμενη ημέρα), μπορεί να είναι ουδέτερο (επειδή θα μπορείς να κάνεις αυτό που είχες προγραμματίσει να κάνεις έτσι κ αλλιώς), και μπορεί να είναι αρνητικό (επειδή έχεις εξετάσεις αύριο και πιστεύεις ότι δεν θα μπορέσεις να δώσεις τον καλύτερο σου εαυτό).

- Στη δευτερεύουσα αξιολόγηση (the secondary appraisal) κρίνουμε τις ικανότητες μας και την τωρινή κατάσταση της υγείας μας και του μυαλού μας.⁰

Σχέσεις μεταξύ της κατάθλιψης, άγχους και αρνητικής καρδιακής έκβασης μεταξύ των ασθενών που πάσχουν από ισχαιμίες

Υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι η κατάθλιψη αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα που συμβάλλει στην αρνητική έκβαση σε όλο το φάσμα των καρδιακών παθήσεων. Η κατάθλιψη σε υγιή άτομα χωρίς καρδιακή νόσο έχει συσχετιστεί με την ανάπτυξη της στεφανιαίας νόσου. Η μελέτη Johns Hopkins παρακολούθησε άνδρες, φοιτητές ιατρικής, για 40 χρόνια και διαπίστωσε ότι η κατάθλιψη ήταν μια ανεξάρτητη μεταβλητή πρόβλεψης της μετέπειτα εξέλιξης της καρδιακής νόσου και του εμφράγματος του μυοκαρδίου. Έκτοτε, έχουν υπάρξει πολυάριθμες μελέτες σε υγιείς άνδρες και γυναίκες που συνδέουν την κατάθλιψη με την εκδήλωση καρδιακής νόσου. Μια μετα-ανάλυση του πληθυσμού αυτού έδειξε ότι η κατάθλιψη σχετίζεται με αύξηση 60% στην καρδιακή νόσο. Μεταξύ των ασθενών τώρα με καρδιακή νόσο, η κατάθλιψη έχει σχετισθεί με την εξέλιξη της καρδιακής νόσου. Οι ασθενείς που βρέθηκε να έχουν κατάθλιψη όταν διαγνώστηκαν με στεφανιαία νόσο σε καρδιακό καθετηριασμό είναι πιο πιθανό να έχουν οξεία καρδιαγγειακά / ισχαιμικά επεισόδια από ασθενείς χωρίς κατάθλιψη ενώ υπερτασικοί ασθενείς με κατάθλιψη είναι πιο πιθανό να καταλήξουν από καρδιακή νόσο. Τέλος, οι ασθενείς με κατάθλιψη κατά την φάση της οξείας ισχαιμίας του μυοκαρδίου, έχουν επιβαρυσμένη εξέλιξη της καρδιακής νόσου σε σύγκριση με εκείνους που δεν έχουν κατάθλιψη. Συγκεκριμένα, μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου η κατάθλιψη σχετίζεται με επιβαρυσμένη ποιότητα ζωής εξαιτίας των προβλημάτων υγείας, επαναλαμβανόμενα καρδιακά συμβάματα, αυξημένη θνησιμότητα, ανεξάρτητα από άλλες παραμέτρους και δημογραφικά χαρακτηριστικά. Αυτές οι συσχετίσεις φαίνεται να υπάρχουν ανεξάρτητα από το τρόπο μέτρησης ή/και διάγνωσης που χρησιμοποιούν οι ερευνητές- είτε δηλαδή η κατάθλιψη μετριέται με ερωτηματολόγια αυτο-αναφοράς είτε με δομημένη κλινική συνέντευξη. Σε μια μετα-ανάλυση 22 μελετών το 2004 που περιελάμβανε πάνω από 6000 ασθενείς διαπιστώθηκε ότι οι ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου επαναλαμβανόμενων καρδιακών επεισοδίων και θνησιμότητας κατά το έτος μετά από ΕΜ είχαν αναλογία 2:0 και 2:6 σε ασθενείς με κατάθλιψη στην μεταεμφραγματική περίοδο σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν κατάθλιψη. Τα

καταθλιπτικά συμπτώματα κατά την περίοδο μετά το ΟΣΣ μπορεί να έχουν εκτεταμένες συνέπειες. Μια πρόσφατη διαχρονική μελέτη της μεταεμφραγματικής κατάθλιψης διαπίστωσε ότι η αρχική τιμή της κατάθλιψης, που υποδήλωνε και την σοβαρότητα της, λίγες εβδομάδες μετά το ΟΣΣ, ήταν ένα ισχυρός και ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για την καρδιακή θνησιμότητα περίπου 7 χρόνια μετά την εκδήλωση του πρωτογενούς καρδιακού συμβάματος. Τα ευρήματα από αυτήν την μελέτη αναφέρουν ότι οι ασθενείς των οποίων η κατάθλιψη είναι ανθεκτική σε συνήθεις θεραπείες φαίνεται να διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο αρνητικής καρδιακής έκβασης. Είναι ασαφές κατά πόσον αυτό οφείλεται στο ότι η κατάθλιψη επιμένει ή αν αυτή είναι μια ξεχωριστή υποκατηγορία κατάθλιψης. Εκτός από τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της μεταεμφραγματικής κατάθλιψης, φαίνεται ότι η κατάθλιψη μπορεί επίσης να έχει άμεσες αρνητικές συνέπειες, μεταξύ των ασθενών που έχουν εισαχθεί στο νοσοκομείο με οξεία ισχαιμία του μυοκαρδίου. Τουλάχιστον δύο μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι οι ασθενείς οι οποίοι εισέρχονται στο νοσοκομείο με μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο είναι πιο πιθανό να έχουν καρδιακές επιπλοκές μέσα στο νοσοκομείο. Αν και οι περισσότερες μελέτες σε ασθενείς με ΟΣΣ έχουν αξιολογήσει την κατάθλιψη κυρίως μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου, η κατάθλιψη σε ασθενείς με ασταθή στηθάγχη έχει επίσης σχετισθεί με την καρδιακή νοσηρότητα και θνησιμότητα. Το άγχος φαίνεται επίσης να συνδέεται με την αρνητική καρδιακή έκβαση σε όλο το φάσμα των καρδιακών παθήσεων. Άτομα με αυξημένο άγχος έχουν υψηλότερα ποσοστά στον ρυθμό εξέλιξης της στεφανιαίας νόσου από άτομα με χαμηλότερο άγχος, ανεξάρτητα από άλλους παράγοντες κινδύνου. Πράγματι, το άγχος μπορεί να σχετίζεται περισσότερο με την απαρχή των καρδιακών παθήσεων από την κατάθλιψη. Πιο συγκεκριμένα, η έννοια της 'ανησυχίας' είναι ένα στοιχείο του άγχους που φαίνεται να συνδέεται ιδιαίτερα με την καρδιακή νόσο. Μεταξύ των ασθενών με οξεία καρδιαγγειακά νοσήματα, σε ασθενείς δηλαδή πλέον ευάλωτους στα καρδιακά επεισόδια και στις επιπλοκές τους, τα αυξημένα επίπεδα άγχους μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου σχετίζονται ανεξάρτητα με τις εντός του νοσοκομείου καρδιακές επιπλοκές. Επιπλέον, αν και προηγούμενες μελέτες δεν βρήκαν καμία τέτοια σχέση, πολλές πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι το άγχος μετά από ΕΜ συνδέεται μακροπρόθεσμα με καρδιακές επιπλοκές και θνησιμότητα. Στις μελέτες αυτές περιλαμβάνεται μια πρόσφατη καλά σχεδιασμένη μελέτη από την Frasure-Smith και συν.. Οι συγκεκριμένοι ερευνητές έδειξαν ότι η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή (ΓΑΔ) στον καθορισμό των στεφανιαίας νόσου σχετίζεται σε διάστημα 2

χρόνων με ανεπιθύμητα καρδιακά συμβάματα. Μήπως τελικά η κατάθλιψη και το άγχος δρουν αθροιστικά στην καρδιαγγειακή νόσο σε ασθενείς με ισχαιμικά επεισόδια; Δεν υπάρχουν πολλές μελέτες σε αυτό τον τομέα και όσες υπάρχουν έχουν ασαφή αποτελέσματα. Μια πρόσφατη ανάλυση των δεδομένων της μελέτης Women's Ischemia Syndrome Evaluation (WISE) έδειξε ότι γυναίκες με κατάθλιψη και υψηλότερα επίπεδα άγχους είναι πιο πιθανό να έχουν καρδιαγγειακά επεισόδια από γυναίκες με κατάθλιψη και χαμηλά επίπεδα άγχους. Αντίθετα, στα προαναφερθέντα στοιχεία της μελέτης του Frasure-Smith και συν. διαπιστώνεται ότι και η μείζον κατάθλιψη και η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή σχετίζονται με καρδιακά επεισόδια, αλλά και ότι οι ασθενείς με συνοσυρότητα άγχους κατάθλιψης δεν είχαν περαιτέρω αυξημένο κίνδυνο. Εν ολίγοις, η κατάθλιψη και το άγχος φαίνεται να είναι ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου και σχετίζονται με την εμφάνιση καρδιαγγειακών συμβαμάτων. Ιδιαίτερα η κατάθλιψη φαίνεται να σχετίζεται με καρδιακά επεισόδια, τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα^{0,0,0,0}

Συμπερασματικά

Εν ολίγοις, η κατάθλιψη και το άγχος φαίνεται να είναι ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου και σχετίζονται με την εμφάνιση καρδιαγγειακών συμβαμάτων. Ιδιαίτερα η κατάθλιψη φαίνεται να σχετίζεται με καρδιακά επεισόδια, τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα⁰.

Κεφάλαιο 4^ο

Καταγραφή διατροφικών παραγόντων

Σημασία διατροφής και τρόπου ζωής στη πρόληψη Καρδιαγγειακών Νοσημάτων

Η κατανάλωση λιπαρών στο σύγχρονο δυτικού τύπου διαιτολόγιο που ακολουθεί η συντριπτική πλειονότητα του πληθυσμού, έχει προκαλέσει ιδιαίτερο ενδιαφέρον στην επιστημονική κοινότητα, καθώς τα λιπαρά της διατροφής έχουν σχετιστεί με διάφορα προβλήματα υγείας, όπως η παχυσαρκία, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, η υπέρταση, ο Σακχαρώδης Διαβήτης, οι διάφορες μορφές καρκίνου κ.α.

Επίσης, είναι γνωστό ότι η σύγχρονη επιστημονική γνώση έχει αλλάξει κάποια από τα δεδομένα στο συγκεκριμένο πεδίο και έτσι σήμερα τα λιπαρά δεν θεωρούνται όλα επικίνδυνα, αλλά ορισμένα είναι μάλιστα απαραίτητα ή και ευεργετικά για την ανθρώπινη υγεία. Τα λιπαρά αποτελούν βασικό μέρος της διατροφής (30-35% του συνόλου των θερμίδων στη Μεσογειακή διατροφή), παρέχουν ενέργεια (9θερμίδες ανά γραμμάριο), γεύση και περιέχουν τα απαραίτητα λιπαρά οξέα και τις λιποδιαλυτές βιταμίνες Α, D, και Ε. Επίσης, βοηθούν στην απορρόφηση μετάλλων όπως το ασβέστιο και ο φωσφόρος. Ανάλογα με τη χημική τους δομή τα λιπαρά διακρίνονται σε τρεις κύριες κατηγορίες: στα κορεσμένα, στα μονοακόρεστα και τα πολυακόρεστα. Η αυξημένη πρόσληψη μιας συγκεκριμένης κατηγορίας λιπαρών, των κορεσμένων σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο αγγειακών δυσλειτουργιών. Για το λόγο αυτό απαιτείται μείωση της κατανάλωσης τροφών που περιέχουν κορεσμένο λίπος, όπως: τα γαλακτοκομικά προϊόντα με πολλά λιπαρά, όπως το πλήρες γάλα και γιαούρτι, παχιά τυριά και τα κίτρινα τυριά. Το κόκκινο κρέας, όπως μοσχάρι, χοιρινό, αρνί, βοδινό και προϊόντα αυτών όπως αλλαντικά, ζαμπόν, μπέικον, λουκάνικα,

καθώς επίσης και εντόσθια, όπως συκώτι, νεφρά, μυαλά, κυνήγι. Ζωικό βούτυρο και μαγιονέζα, τα οποία μπορούν να αντικατασταθούν από φυτικές μαργαρίνες που περιέχουν συστατικά που μειώνουν τη χοληστερίνη όπως οι φυτικές στανόλες. Επίσης θα πρέπει να ελέγχεται η κατανάλωση τροφών που περιέχουν χοληστερόλη όπως το αυγό, τα θαλασσινά, όπως, μαλάκια και οστρακοειδή, γαρίδες, αστακός, καραβίδες, χταπόδι, καλαμαράκια, μύδια, σουπιές, αν και τελευταία φαίνεται ότι η παρουσία σε αυτά πολυακόρεστων απαραίτητων λιπαρών οξέων μπορεί όχι μόνο να μην αυξήσει αλλά και να συμβάλει στον καλύτερο έλεγχο της χοληστερόλης και των λιπιδίων του αίματος. Ένας σημαντικός παράγοντας που είναι απαραίτητο να διορθωθεί είναι ο τρόπος μαγειρέματος και παρασκευής των γευμάτων. Είναι απαραίτητο να μειωθεί το τηγάνισμα και αντ' αυτού να προτιμάται το ψήσιμο στον ατμό ή στο φούρνο χωρίς πολλά λιπαρά και το βράσιμο. Παράλληλα, θα πρέπει να περιοριστεί η χρήση κορεσμένου λίπους είτε στο μαγείρεμα είτε στην καθημερινή χρήση υπό μορφή βουτύρου ή μαγιονέζας και να προτιμώνται φυτικά έλαια ανθεκτικά στις υψηλές θερμοκρασίες όπως το ελαιόλαδο και το σησαμέλαιο.

Η σημασία της διατροφής και του τρόπου ζωής στην αποτελεσματική πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων

Ο Αθανάσιος Πιπλής, διευθυντής της Α΄ Καρδιολογικής Κλινικής του Νοσοκομείου «Υγεία», αναφέρεται στη σημασία των κλασικών παραγόντων κινδύνου, παρουσιάζοντας τα συμπεράσματα της μελέτης INTERHEART. Πρόκειται για μία πρόσφατη μελέτη που έγινε σε άτομα και από τις 5 ηπείρους, σύμφωνα με την οποία η δυσλιπιδαιμία αποτελεί το σημαντικότερο παράγοντα εμφάνισης στεφανιαίας νόσου σε όλες τις χώρες, ανεξάρτητα από φυλετική προέλευση ή οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο. Ο Δρ Αντώνιος Ζαμπέλας, επίκουρος καθηγητής Διατροφής του Ανθρώπου, Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής στο Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο Αθηνών, μίλησε για τις θετικές επιδράσεις των λιπαρών στα καρδιαγγειακά νοσήματα. Τα ακόρεστα λιπαρά οξέα έχει αποδειχθεί ότι μειώνουν παράγοντες κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων αλλά και την επανεμφάνισή τους. Πιο συγκεκριμένα, τα μονοακόρεστα λιπαρά οξέα, που ως κύρια πηγή έχουν το ελαιόλαδο, βελτιώνουν τα επίπεδα λιπιδίων στην κυκλοφορία του αίματος και μειώνουν τόσο την επιδεκτικότητα των LDL στην οξείδωση όσο και την ινσουλινοαντίσταση. Τα ω-6 πολυακόρεστα λιπαρά οξέα, που ως κύριες πηγές έχουν τους καρπούς, τα έλαια φυτικής

προέλευσης και τις μαλακές μαργαρίνες (χωρίς trans λιπαρά) έχουν ισχυρές υποχοληστερολαιμικές δράσεις,

βελτιώνουν την ινσουλινοαντίσταση, αλλά υπερβολική πρόσληψη μπορεί να αυξήσει την οξειδωση και κάποιους φλεγμονώδεις δείκτες. Τα ω-3 λιπαρά οξέα, που ως κύριες πηγές έχουν τα ψάρια και τα ιχθυέλαια, μειώνουν τα επίπεδα των τριγλυκεριδίων, βελτιώνουν την ινσουλινοαντίσταση, έχουν ισχυρές αντιφλεγμονώδεις δράσεις, αλλά αυξάνουν την οξειδωση της LDL και μπορεί επίσης να αυξήσουν τα επίπεδα της χοληστερόλης στο αίμα.

Ωστόσο έχειδειχθεί ότι ο συνολικός καρδιαγγειακός κίνδυνος μειώνεται. Επομένως, σύμφωνα με τις νέες οδηγίες που αφορούν τόσο ενήλικες όσο και παιδιά πάνω από 2 ετών, η πρόσληψη μονοακόρεστων λιπαρών οξέων μπορεί να φτάσει και το 20% της ενέργειας, ενώ η συνολική πρόσληψη ω-6 και ω-3 λιπαρών οξέων πρέπει να είναι περίπου στο 10% της ενεργειακής. Σημαντικό ρόλο παίζει και ο λόγος ω-6:ω-3 στη διατροφή και παρόλο που δεν υπάρχουν επίσημες συστάσεις, έρευνες δείχνουν ότι θα μπορούσε να κυμαίνεται στο 4:1. Τέλος, ο Δημήτρης Ρίχτερ, καρδιολόγος, διευθυντής της Β' Καρδιολογικής Κλινικής στην Ευρωκλινική Αθηνών, αναφέρεται στο ρόλο των φυτικών στερολών στο σύγχρονο τρόπο ζωής. Συγκεκριμένα ανέφερε ότι το πρώτο στάδιο της εφ' όρου ζωής προσπάθειας για να διατηρήσουμε τη χοληστερόλη σε χαμηλά επίπεδα αποτελεί η σωστή διατροφή. Μέρος αυτής αποτελούν οι φυτικές στερόλες. Γνωρίζουμε ήδη ότι 2-2,5 γρ. φυτικών στερολών στη διαιτητική αγωγή μειώνουν την LDL χοληστερόλη κατά 10-12%. Αυτές περιέχονται σε μαργαρίνη, γάλα και γιαούρτι και 3 μερίδες από οποιοδήποτε από τα προϊόντα αυτά «εφοδιάζουν» τον οργανισμό με την απαραίτητη ποσότητα φυτικών στερολών για αποτελεσματική μείωση της LDL χοληστερόλης.

Ο σύγχρονος τρόπος ζωής όμως, με την ταχύτητα του ρυθμού της καθημερινότητας, την απώλεια του μεσημεριανού γεύματος και την αντικατάστασή του μόνο με το βραδινό, και την αδυναμία πολλών ανθρώπων να εντάξουν τρεις μερίδες στερολών μακροχρόνια στον καθημερινό τρόπο ζωής τους, οδηγεί ένα μεγάλο τμήμα του πληθυσμού σε αδυναμία συμμόρφωσης.

Η εμφάνιση στην αγορά ενός προβιοτικού ροφήματος γιαουρτιού, το οποίο λαμβάνεται μία φορά ημερησίως μαζί με το γεύμα και το οποίο εμφανίζει την ίδια αποτελεσματικότητα με τις τρεις μερίδες που περιέχονται στα υπόλοιπα τρόφιμα, λύνει το πρόβλημα αυτό και δίνει την ευκαιρία σε όλους τους πολυάσχολους κατοίκους των αστικών

περιοχών που ζουν μόνιμα σε έντονους ρυθμούς να περιλάβουν τις φυτικές στερόλες στο διαιτολόγιό τους σε σταθερή και αποτελεσματική βάση⁰.

Τα «κακά» λίπη στη διατροφή μας

Η κατανάλωση λιπαρών στο σύγχρονο δυτικού τύπου διαιτολόγιο ου ακολουθεί η συντριπτική πλειονότητα του πληθυσμού, έχει προκαλέσει ιδιαίτερο ενδιαφέρον στην επιστημονική κοινότητα, καθώς τα λιπαρά της διατροφής έχουν σχετιστεί με διάφορα προβλήματα υγείας, όπως η παχυσαρκία, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, η υπέρταση, ο Σακχαρώδης Διαβήτης, οι διάφορες μορφές καρκίνου κ.α.

Επίσης, είναι γνωστό ότι η σύγχρονη επιστημονική γνώση έχει αλλάξει κάποια από τα δεδομένα στο συγκεκριμένο πεδίο και έτσι σήμερα τα λιπαρά δεν θεωρούνται όλα επικίνδυνα, αλλά ορισμένα είναι μάλιστα απαραίτητα ή και ευεργετικά για την ανθρώπινη υγεία. Τα λιπαρά αποτελούν βασικό μέρος της διατροφής (30-35% του συνόλου των θερμίδων στη Μεσογειακή διατροφή), παρέχουν ενέργεια (9θερμίδες ανά γραμμάριο), γεύση και περιέχουν τα απαραίτητα λιπαρά οξέα και τις λιποδιαλυτές βιταμίνες Α, D, και Ε. Επίσης, βοηθούν στην απορρόφηση μετάλλων όπως το ασβέστιο και ο φωσφόρος. Ανάλογα με τη χημική τους δομή

τα λιπαρά διακρίνονται σε τρεις κύριες κατηγορίες: στα κορεσμένα, στα μονοακόρεστα και τα πολυακόρεστα. Η αυξημένη πρόσληψη μιας συγκεκριμένης κατηγορίας λιπαρών, των κορεσμένων σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο αγγειακών δυσλειτουργιών. Για το λόγο αυτό απαιτείται μείωση της κατανάλωσης τροφών που περιέχουν κορεσμένο λίπος, όπως: τα γαλακτοκομικά προϊόντα με πολλά λιπαρά, όπως το πλήρες γάλα και γιαούρτι, παχιά τυριά και τα κίτρινα τυριά. Το κόκκινο κρέας, όπως μοσχάρι, χοιρινό, αρνί, βοδινό και προϊόντα αυτών όπως αλλαντικά, ζαμπόν, μπέικον, λουκάνικα, καθώς επίσης και εντόσθια, όπως συκώτι, νεφρά, μυαλά, κυνήγι. Ζωικό βούτυρο και μαγιονέζα, τα οποία μπορούν να αντικατασταθούν από φυτικές μαργαρίνες που περιέχουν συστατικά που μειώνουν τη χοληστερίνη όπως οι φυτικές στανόλες. Επίσης θα πρέπει να ελέγχεται η κατανάλωση τροφών που περιέχουν χοληστερόλη όπως το αυγό, τα θαλασσινά, όπως, μαλάκια και οστρακοειδή, γαρίδες, αστακός, καραβίδες, χταπόδι, καλαμαράκια, μύδια, σουπιές, αν και τελευταία φαίνεται ότι η παρουσία σε αυτά

πολυακόρεστων απαραίτητων λιπαρών οξέων μπορεί όχι μόνο να μην αυξήσει αλλά και να συμβάλει στον καλύτερο έλεγχο της χοληστερόλης και των λιπιδίων του αίματος.

Ένας σημαντικός παράγοντας που είναι απαραίτητο να διορθωθεί είναι ο τρόπος μαγειρέματος και παρασκευής των γευμάτων. Είναι απαραίτητο να μειωθεί το τηγάνισμα και αντ' αυτού να προτιμάται το ψήσιμο στον ατμό ή στο φούρνο χωρίς πολλά λιπαρά και το βράσιμο. Παράλληλα, θα πρέπει να περιοριστεί η χρήση κορεσμένου λίπους είτε στο μαγείρεμα είτε στην καθημερινή χρήση υπό μορφή βουτύρου ή μαγιονέζας και να προτιμώνται φυτικά έλαια ανθεκτικά στις υψηλές θερμοκρασίες όπως το ελαιόλαδο και το σησαμέλαιο.

Κορεσμένα Λιπαρά οξέα

Τα κορεσμένα λιπαρά οξέα (στέρεα σε θερμοκρασία δωματίου) αποτελούν το βασικό διατροφικό παράγοντα που αυξάνει τα επίπεδα της ολικής χοληστερόλης και της LDL-χοληστερόλης ("κακή χοληστερόλη"). Η επίδραση της πρόσληψης των κορεσμένων λιπών έχει μελετηθεί εκτενώς τις τελευταίες δεκαετίες. Έρευνες έχουν δείξει ότι αυξημένη πρόσληψή τους σχετίζεται με τη δημιουργία αθηρωματικής πλάκας και εμφάνιση στεφανιαίας νόσου και άλλων καρδιαγγειακών νοσημάτων, με την εμφάνιση καρκίνου του μαστού, προστάτη, ενδομητρίου και παχέως εντέρου, με την ανάπτυξη Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2, υπέρτασης και άλλων εκφυλιστικών ασθενειών.

Συστήνεται η καθημερινή τους κατανάλωση να μην ξεπερνά το 7% του συνόλου των θερμίδων. Η μελέτη DELTA

Ginsberg HN, Kris-Etherton P, Dennis S, Elmer PJ, Ershow A, Lefevre περιόρισε την πρόσληψη κο-ρεσμένων λιπαρών οξέων από 15 σε 6.1% των συνολικά προσλαμβανόμενων

θερμίδων και διαπίστωσε μείωση των επιπέδων της LDL χοληστερόλης κατά 11%. Τα κορεσμένα λιπαρά οξέα μακράς αλύσσου, που συχνά απαντώνται στη διατροφή των Δυτικών χωρών, αυξάνουν τα επίπεδα LDL χοληστερόλης. Το παλμιτικό οξύ (C 16:0), που βρίσκεται στο κρέας, στο

λίπος των γαλακτοκομικών προϊόντων και στο φοινικέλαιο, είναι το πιο κοινό κορεσμένο λιπαρό οξύ. Αποτελεί κύρια πηγή λίπους σε Λατινική Αμερική, Ασία και Ευρώπη, αλλά όχι όμως στις Η.Π.Α.. Στις δυτικές χώρες, τα ακόρεστα λιπαρά οξέα είναι κυρίως ω-6 οξέα (κυρίως ελαϊκό, λινολεϊκό και αραχιδονικό οξύ), προερχόμενα από κρέας και λαχανικά. Οι δυτικές δίαιτες με λίπος από γαλακτοκομικά και κρέας περιέχουν ακόμα μυριστικό οξύ, ενώ

άλλα τροπικά έλαια, όπως της καρύδας, περιέχουν κυρίως λαυρικό οξύ. Το μυριστικό οξύ έχει την πιο ισχυρή επίδραση στην LDL, ακολουθούμενο από λαυρικό και παλμιτικό οξύ. Αν το κορεσμένο λίπος

(π.χ. από 100-150 g μοσχαρίσιου κρέατος και 100-150 ml παγωτού) αντικατασταθεί από υδατάνθρακες, μονοακόρεστο ή πολυακόρεστο λίπος, η LDL, θα μειωθεί κατά μέσο όρο 13 mg/dl, 15 mg/dl ή 18 mg/dl αντίστοιχα. 0

Trans- Υδρογονωμένα Λιπαρά Οξέα

Μια άλλη κατηγορία λιπών που επηρεάζουν αρνητικά τα επίπεδα της χοληστερόλης είναι τα υδρογονωμένα λιπαρά οξέα (γνωστά και ως trans λιπαρά οξέα). Πιο συγκεκριμένα, αυτά τα λιπαρά αυξάνουν τα επίπεδα της LDL-χοληστερόλης και μειώνουν τα επίπεδα της HDL-χοληστερόλης. Τα trans λιπαρά οξέα προέρχονται κυρίως από τη θερμική επεξεργασία ελαίων και ζωικού βουτύρου, με μια χημική διεργασία που ονομάζεται υδρογόνωση. Έτσι, συνήθως τα προσλαμβάνουμε από έτοιμα αρτοσκευάσματα (μπισκότα, ντόνατς κ.α.) και από τηγανητά τρόφιμα (πατάτες ή τηγανητό κοτόπουλο κ.α.).

Αρκετά χρόνια πριν η επιστημονική κοινότητα είχε θορυβηθεί από την ύπαρξη υδρογονωμένων λιπαρών οξέων σε μαργαρίνες που κυκλοφορούσαν στο εμπόριο. Σήμερα, ωστόσο, η χημική βιομηχανία έχει απαλλάξει τις μαλακές μαργαρίνες από την ύπαρξη υδρογονωμένων λιπών, κάτι που συνήθως αναφέρεται και στη συσκευασία των προϊόντων. Επιδημιολογικές μελέτες έχουν συσχετίσει την πρόσληψη Trans λιπαρών οξέων με σημαντική επίδραση στα καρδιαγγειακά νοσήματα. Οι πληροφορίες για τις επιπτώσεις των διαιτητικών trans ακόρεστων λιπαρών οξέων στα λιπίδια του ορού και τα καρδιαγγειακά προβλήματα έχουν αυξηθεί ραγδαία τα τελευταία χρόνια.

Τα trans ακόρεστα λιπαρά οξέα σχηματίζονται από τα φυσικά ανευρισκόμενα cis ακόρεστα λιπαρά, με τη διαδικασία της υδρογόνωσης. Μεταξύ των διαιτητικών λιπών, τα trans λιπαρά οξέα έχουν μοναδική επίδραση στα λιπίδια του ορού. Η LDL αυξάνεται και η HDL μειώνεται όταν το ελαϊκό οξύ αντικαθίσταται από trans λιπαρά οξέα. Η επίδραση αυτή είναι χειρότερη και από αυτήν των υδατανθράκων, που μειώνουν τόσο την LDL, όσο και την HDL. Τα trans λιπαρά έχουν τις χειρότερες επιδράσεις στα λιπίδια του ορού από όλα τα διαιτητικά λιπαρά, ακόμα και από το κορεσμένο λίπος Sacks FM and M Katan, Randomised clinical trials on the effects of. Η κύρια δράση των trans λιπαρών οξέων είναι η αύξηση των ολικής και της LDL χοληστερόλης και η μείωση της HDL χοληστερόλης. Πιο συγκεκριμένα,

το ελαϊδικό οξύ, το trans ισομερές του ελαϊκού οξέος, έχει υπερχοληστερολαιμική δράση σε σύγκριση με τα πολυακόρεστα λιπαρά οξέα αλλά μειώνει τα επίπεδα χοληστερόλης όταν συγκρίνεται με το μυριστικό και λαουρικό οξύ.⁰ Η πρόσληψη trans λιπαρών οξέων σε επίπεδο του 3% των συνολικά προσλαμβανόμενων θερμίδων αυξάνει την LDL χοληστερόλη, σε μικρότερο όμως βαθμό σε σχέση με τα κορεσμένα λιπαρά οξέα^{0,0}, ενώ η πρόσληψη trans λιπαρών οξέων στο 6% των συνολικών θερμίδων μειώνει ταυτόχρονα και τα επίπεδα της HDL χοληστερόλης. Αποτελέσματα επιδημιολογικών μελετών υποστηρίζουν ότι η αυξημένη πρόσληψη trans λιπαρών οξέων σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίας νόσου και αυξημένα επίπεδα λιπιδίων αίματος⁰.

Πολλά είδη πρόχειρου φαγητού (fast food, snack) περιέχουν από 8-10% trans λιπαρά οξέα. Trans λιπαρά οξέα υπάρχουν στο λίπος του μοσχαριού, στο βούτυρο και στο λίπος του γάλακτος αλλά και στις τηγανητές πατάτες⁰. Τα μπισκότα που παρασκευάζονται από μερικώς υδρογονωμένα φυτικά έλαια περιέχουν 3-9% trans.

Αυξημένη πρόσληψη νατρίου

Η υψηλή κατανάλωση αλατιού μπορεί να βλάψει το καρδιαγγειακό σύστημα. Ειδικότερα, αυξημένη πρόσληψη αλατιού αυξάνει τη μάζα της αριστερής κοιλίας, αυξάνει το πάχος και την ακαμψία των αρτηριακών αγωγών, συμπεριλαμβανομένων των στεφανιαίων αρτηριών.

Επιπλέον, αυξάνει τον αριθμό των εγκεφαλικών επεισοδίων, τη σοβαρότητα της καρδιακής ανεπάρκειας και την τάση των αιμοπεταλίων να συσσωρεύονται. Εκτός βέβαια από αυτήν την επίδραση στο καρδιαγγειακό σύστημα, το αλάτι επηρεάζει και το ασβέστιο και τον μεταβολισμό των οστών, που δικαιολογεί και το ότι στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση η πρόσληψη αλατιού ελέγχει την οστική πυκνότητα του άνω μηριαίου και της πυέλου⁰.

Οι Carruccio και συνεργάτες υποστηρίζουν ότι ο μέτριος περιορισμός αλατιού μειώνει την αρτηριακή πίεση το ίδιο αποτελεσματικά τόσο σε άτομα με φυσιολογική πίεση όσο και σε υπερτασικούς⁰. Εκτός από το επιτραπέζιο αλάτι, νάτριο περιέχεται στο φρέσκο κρέας (σε μικρή όμως ποσότητα), στο σαλάμι και στα λουκάνικα (που έχουν περισσότερο αλάτι). Το ίδιο συμβαίνει και με τα ψάρια (παστά), λαχανικά (τουρσιά), τυριά, ψωμί, ελιές. Τα δημητριακά και ζυμαρικά δεν έχουν μεγάλη ποσότητα νατρίου⁰. Το αλάτι λοιπόν,

επηρεάζει την καρδιά. Το πολύ αλάτι στην διατροφή δεν επηρεάζει μόνο την αρτηριακή πίεση, αλλά και την ίδια την καρδιά, σύμφωνα με μία νέα μελέτη.

Όπως αναφέρει η Βρετανική Ιατρική Επιθεώρηση, η μείωση της κατανάλωσής του μπορεί να ελαττώσει κατά 25% τον κίνδυνο αναπτύξεως καρδιαγγειακής νόσου – και κατά 20% την θνησιμότητα από στεφανιαία νόσο. Η ιδεώδης ποσότητα άλατος που πρέπει να καταναλώνουμε καθημερινά δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 6 γραμμάρια (ή 2.400 mg νάτριο), ωστόσο οι περισσότεροι από εμάς τρώνε τουλάχιστον 10 γραμμάρια.

Οι ειδικοί ξέρουν καλά ότι η υπερκατανάλωση άλατος μπορεί να αυξήσει την αρτηριακή πίεση – και ότι η υπέρταση αυξάνει τον κίνδυνο αναπτύξεως εγκεφαλικού και εμφράγματος. Η νέα μελέτη, όμως, έδειξε ότι οι άνθρωποι με οριακά υψηλή αρτηριακή πίεση, οι οποίοι ελαττώνουν την κατανάλωση άλατος κατά 25% έως 35% μειώνουν τον συνολικό κίνδυνο αναπτύξεως καρδιαγγειακής νόσου κατά το ένα τέταρτο – και διατηρούν αυτό το όφελος για 10 έως 15 χρόνια.

Η δρ Νάνσυ Κουκ και οι συνεργάτες της από το Νοσοκομείο Brigham and Women's και την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Χάρβαρντ, στη Βοστώνη, μελέτησαν περισσότερους από 3.000 ανθρώπους οι οποίοι έλαβαν μέρος σε μία μελέτη για την πρόσληψη άλατος και τις επιδράσεις στην αρτηριακή πίεση.

Όσοι εθελοντές ακολουθούσαν μία διατροφή φτωχή σε αλάτι, διέτρεχαν χαμηλότερο κίνδυνο αναπτύξεως διαφόρων μορφών καρδιαγγειακής νόσου, ακόμα και 10 έως 15 χρόνια έπειτα από τη διακοπή της δίαιτας, έγραψαν οι ερευνητές. Είχαν επίσης 20% λιγότερες πιθανότητες να έχουν χάσει τη ζωή τους στο διάστημα αυτό, σε σύγκριση με τους εθελοντές που τρέφονταν κανονικά. «Η μελέτη μας παρέχει μοναδικές ενδείξεις ότι η μείωση του άλατος μπορεί να προλαμβάνει την καρδιαγγειακή νόσο και πρέπει να διαλύει κάθε εναπομένουσα ανησυχία ότι ο περιορισμός του άλατος μπορεί να είναι επιβλαβής», επεσήμαναν οι επιστήμονες. Και εξήγησαν ότι το αλάτι φαίνεται ότι επηρεάζει τις αρτηρίες και την υγεία της καρδιάς με τρόπους που υπερβαίνουν την πίεση, μειώνοντας την ικανότητα διαστολής και συστολής των αγγείων και «σκληραίνοντας» τα κύτταρα της καρδιάς.

Το Εθνικό Ίδρυμα Καρδιάς, Πνευμόνων και Αίματος (NIHLB) των ΗΠΑ, που χρηματοδότησε τη νέα μελέτη, συνιστά σε όλους τους ενήλικες να περιορίσουν το αλάτι στη διατροφή τους, διότι περισσότεροι από ένας στους τρεις έχουν υψηλή πίεση και άλλοι τόσοι έχουν οριακά φυσιολογική πίεση.

Μειωμένη πρόσληψη ασβεστίου

Τόσο η υπερβολική πρόσληψη νατρίου όσο και η μειωμένη λήψη ασβεστίου, θεωρούνται σημαντικοί παράγοντες για την ανάπτυξη αρτηριακής υπέρτασης. Το ασβέστιο διεγείρει την αποβολή νατρίου και αποτρέπει την κατακράτηση αυτού. Αντίθετα, το νάτριο αυξάνει την αποβολή ασβεστίου, προκαλώντας ανεπάρκεια αυτού στον οργανισμό⁰. Έχει υποδειχθεί ότι μία δίαιτα φτωχή σε ασβέστιο αυξάνει την αρτηριακή πίεση, ενώ μια αντίστοιχη πλούσια δίαιτα εμποδίζει την εμφάνιση υπέρτασης^{0,0}.

Πρόσληψη κρέατος

Το κρέας και τα αυγά παρέχουν πρωτεΐνες υψηλής βιολογικής αξίας. Το κρέας περιέχει επίσης βιταμίνες του συμπλέγματος Β και σελήνιο. Επιπλέον, αποτελεί καλή πηγή σιδήρου και ψευδαργύρου. Η πρόσληψη κρέατος, και ιδιαίτερα κόκκινου κρέατος, σχετίζεται σταθερά με τα

καρδιαγγειακά νοσήματα. Τόσο το κρέας όσο και τα αυγά περιέχουν σχετικά υψηλές ποσότητες χοληστερόλης και αυτό θα πρέπει να λαμβάνεται πάντοτε υπόψη, μολονότι η διατροφική πρόσληψη χοληστερόλης επηρεάζει σε σχετικά μικρό βαθμό τα επίπεδα της χοληστερόλης του αίματος. Τα ψάρια (κυρίως τα λιπαρά ψάρια) και τα θαλασσινά θεωρείται ότι μειώνουν τον κίνδυνο στεφανιαίας νόσου, πιθανόν γιατί περιέχουν μεγάλες ποσότητες ω-3 πολυακόρεστων λιπαρών οξέων μακράς αλύσου. Τα ψάρια αποτελούν καλή πηγή ω-3 λιπαρών οξέων, κυρίως εικοσιπενταενοϊκού οξέος (C20:5n-3 [EPA] 51) και του εικοσιδυεξενοϊκού ή δοκοσαεξενοϊκού οξέος (C22:6n-3 [DHA] 52), με επίδραση στην καρδιαγγειακή λειτουργία. Η ανεπάρκεια πρωτεΐνης και η χαμηλή συγκέντρωση αλβουμίνης έχουν θεωρηθεί ως πιθανοί παράγοντες έναρξης ή παράγοντες που επηρεάζουν την αθηροσκλήρυνση.

Κατάχρηση αλκοόλ

Η σχέση ανάμεσα στην υψηλή πρόσληψη αλκοόλ (τρία ή περισσότερα ποτά την ημέρα, ≥ 90 γρ. αλκοόλ/ημέρα) και την αύξηση της ΑΠ έχει καταγραφεί σε αρκετές επιδημιολογικές έρευνες. Μελέτες επίσης έχουν αναφέρει ότι μείωση στην πρόσληψη αλκοόλ μπορεί να μειώσει την ΑΠ σε υπερτασικούς άνδρες, καθώς επίσης και σε άνδρες με φυσιολογικές τιμές ΑΠ που είναι όμως πότες. Στην μελέτη για την Πρόληψη και την

Θεραπεία της Υπέρτασης (Prevention and Treatment of Hypertension Study), στην οποία συμμετείχαν μέτριοι προς υψηλού βαθμού πότες, η μείωση στην κατανάλωση αλκοόλ είχε ως αποτέλεσμα πτώση της ΑΠ σε μικρό, μη σημαντικό βαθμό. Γενικότερα, για τα άτομα που ήδη καταναλώνουν αλκοόλ, οι συστάσεις αναφέρονται στον περιορισμό της κατανάλωσης σε δύο ποτά την ημέρα για τους περισσότερους άνδρες και σε ένα ποτό την ημέρα για τις γυναίκες και τους μικρόσωμους άνδρες. Η αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ πέρα των άλλων προβλημάτων σχετίζεται και με αυξημένες αγγειακές δυσλειτουργίες. Εντούτοις η ήπια και ελεγχόμενη κατανάλωση συγκεκριμένων αλκοολούχων ποτών φαίνεται ότι σχετίζεται με την καλύτερη λειτουργία της καρδιάς και των αγγείων. Τέτοια ποτά είναι το κόκκινο κρασί και η μπίρα, που περιέχουν μια σειρά από ισχυρότατες αντιοξειδωτικές ουσίες, οι οποίες προστατεύουν από την δημιουργία δυσάρεστων για τον οργανισμό αρτηριοσκληρωτικών καταστάσεων. Παράλληλα, η μπίρα αποτελεί μία σημαντική πηγή βιταμίνης Β6 και φυλλικού οξέος.

Τα συστατικά αυτά ρυθμίζουν στον οργανισμό τα επίπεδα μιας ουσίας η οποία λέγεται ομοκυστεΐνη. Η ομοκυστεΐνη είναι ένα παράγωγο του μεταβολισμού, το οποίο έχει σήμερα αποδειχτεί ότι αποτελεί ένα σημαντικότερο παράγοντα κινδύνου για τη δημιουργία στεφανιαίας νόσου. Υψηλά επίπεδα ομοκυστεΐνης στον οργανισμό μπορεί να οδηγήσουν σε σημαντικές βλάβες στα αγγεία, όπως αλλοίωση της δομής του ενδοθηλίου των αγγείων, αύξηση παραγόντων που προκαλούν θρόμβωση κ.α..

Κατάχρηση καφεΐνης

Η αυξημένη κατανάλωση καφέ που περιέχει καφεΐνη μπορεί να επηρεάσει την ΑΠ ή τον κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίας νόσου.

Έρευνες έχουν δείξει ότι μια εφάπαξ δόση καφεΐνης των 200-250mg, ισοδύναμη με 2-3 φλιτζάνια καφέ, αυξάνει τη συστολική ΑΠ κατά 3-14mmHg, αμέσως μετά την κατανάλωση σε άτομα με φυσιολογική ΑΠ.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει και μια μετα-ανάλυση 16 τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων ερευνών, η οποία αναφέρει ότι το χρόνιο αποτέλεσμα (≥ 7 ημέρες) της συχνής κατανάλωσης καφέ ή καφεΐνης είναι μια συνολική αύξηση της ΑΠ κατά 2.0/0.7 mmHg. Λαμβάνοντας υπόψη ότι ένας μεγάλος αριθμός ατόμων καταναλώνουν καφέ σε καθημερινή βάση, μπορούμε να υποθέσουμε ότι ακόμη και μικρές επιδράσεις των συστατικών του καφέ στην ΑΠ ενδέχεται να έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην δημόσια υγεία.

Παρόλα αυτά, ερευνητικά δεδομένα δείχνουν σήμερα ότι αφενός τα συγκεκριμένα προβλήματα εμφανίζονται όταν η ημερήσια κατανάλωση καφέ ξεπερνά τα 4 - 5 φλιτζάνια ημερησίως, αφετέρου δεν είναι όλα τα είδη καφέ που προκαλούν τα συγκεκριμένα προβλήματα.

Φαίνεται ότι η αύξηση των λιπιδίων στο αίμα προκαλείται από συγκεκριμένα συστατικά του καφέ, την καφεστόλη και την καβεόλη, τα οποία όμως συγκρατούνται στο φίλτρο όταν ο καφές είναι φιλτραρισμένος. Επίσης, η αρνητική αυτή δράση των δύο αυτών ουσιών φαίνεται ότι εμφανίζεται όταν υπάρχει αυξημένη ημερήσια κατανάλωση καφέ.

Κατά συνέπεια, με βάση τα μέχρι σήμερα επιστημονικά δεδομένα αυτό που απαιτείται είναι: όχι αποφυγή αλλά ελεγχόμενη κατανάλωση καφέ – προτίμηση φιλτραρισμένου καφέ όπως γαλλικού, εσπρέσσο σε σχέση με φραπέ και ελληνικό^{0,0,0}.

Κατανάλωση αναψυκτικών

Οι άνθρωποι που πίνουν ένα ή περισσότερα αναψυκτικά την ημέρα, έχουν περισσότερες από 50% αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν μεταβολικό σύνδρομο, το οποίο αποτελεί προπομπό των καρδιαγγειακών νοσημάτων, σε σχέση με όσους πίνουν λιγότερο από ένα αναψυκτικό την ημέρα. Το αν είναι αναψυκτικό διαίτης ή κανονικό δεν έχει κάποια σημασία. Η έρευνα δημοσιεύεται στο περιοδικό "Circulation". Εξετάστηκαν περισσότεροι από 6000 υγιείς άνθρωποι που δεν είχαν συμπτώματα μεταβολικού συνδρόμου. Μετά από τέσσερα χρόνια, ποσοστό 53% όσων έπιναν ένα ή περισσότερα αναψυκτικά την ημέρα εμφάνισαν μεταβολικό σύνδρομο. Όσοι έπιναν αντίστοιχες ποσότητες αναψυκτικών διαίτης εμφάνισαν υψηλότερο κίνδυνο κατά 44%. Ο ερευνητής Dr.Ramachandran Vasani της Ιατρικής Σχολής του πανεπιστημίου της Βοστώνης θεωρεί ότι ο κίνδυνος είναι υψηλός ανεξάρτητα από την ποσότητα των αναψυκτικών που καταναλώνει κάποιος και ανεξάρτητα από το είδος των αναψυκτικών. Αυτό έρχεται να προστεθεί σε ότι είναι ήδη γνωστό σχετικά με την πιθανή σχέση των αναψυκτικών με την πρόσληψη κιλών. Οι ερευνητές τονίζουν ότι δεν υποδεικνύουν ότι υπάρχει άμεση σχέση μεταξύ της κατανάλωσης αναψυκτικών και των καρδιαγγειακών νόσων αλλά ότι η σχέση που ανακάλυψαν αφορά το μεταβολικό σύνδρομο. Πέρα από αυτό το σημείο είναι διστακτικοί να καθορίσουν άμεση σχέση με τα καρδιαγγειακά νοσήματα καθώς χρειάζεται περαιτέρω έρευνα.

Χαμηλή HDL χοληστερόλη και οικογενής χαμηλή HDL χοληστερόλη

Πολλές επιδημιολογικές μελέτες έδειξαν την αρνητική συσχέτιση της στεφανιαίας νόσου και της τιμής της HDL χοληστερόλης. Η μελέτη του Framingham έδειξε ότι οι άνδρες και οι γυναίκες με HDL ίση ή μικρότερη των ≤ 35 mg/dl εμφάνιζαν οκτώ φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να νοσήσουν από ΣΝ σε σχέση με, τους έχοντες HDL > 65 mg/dl. Τιμές της HDL κάτω των 45 mg/dl σήμερα θεωρούνται ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για τη στεφανιαία νόσο.

Τέλος, υπάρχει και η οικογενής χαμηλή-HDL με επίπτωση στο γενικό πληθυσμό 0,5-1 % και πρόωρη εμφάνιση ΣΝ⁰

Οικογενής συνδυασμένη υπερλιπιδαιμία

Πρόκειται για συχνή πάθηση στο γενικό πληθυσμό (0,3-2%). Εμφανίζεται σε συγγενείς πρώτου βαθμού σε διάφορες χρονικές περιόδους, είτε με αυξημένη χοληστερόλη είτε με αυξημένα τριγλυκερίδια είτε και με τα δυο. Δεν είναι γνωστό εάν η δυσλιπιδαιμία είναι μονογονιδιακή ή πολυγονιδιακή. Εκείνο όμως που είναι γνωστό είναι ότι παρουσιάζεται περίπου στο 50% των απογόνων.

Μεταβολικές μελέτες έδειξαν ότι το ήπαρ υπερπαράγει VLDL, όπως επίσης έχει παρατηρηθεί και υπερπαραγωγή apoB 100. Δεν υπάρχουν κλινικά χαρακτηριστικά που βοηθούν στη διάγνωση, αντίθετα, αυτή τεκμηριώνεται με το οικογενειακό ιστορικό δυσλιπιδαιμίας όταν αυτή παρουσιάζεται σε μια οικογένεια με τους τρεις προαναφερθέντες τύπους. Η δυσλιπιδαιμία πολλές φορές εμφανίζεται και στην παιδική ηλικία. Συνδυάζεται με πρόωμη εμφάνιση στεφανιαίας νόσου, το δε 10% των ασθενών με έμφραγμα μυοκαρδίου κάτω των <60 ετών, παρουσιάζουν αυτή τη διαταραχή των λιπιδίων⁰.

Οι καινούργιες υγιεινοδιαιτητικές οδηγίες για την πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων στις γυναίκες

Τον Φεβρουάριο του 2007 η Αμερικάνικη Καρδιολογική Εταιρεία (ΑΚΕ) εξέδωσε τις καινούριες οδηγίες πρόληψης των καρδιαγγειακών νοσημάτων ειδικά για τις γυναίκες. Οι προηγούμενες οδηγίες είχαν εκδοθεί το 2004, αλλά από τότε οι πολυάριθμες κλινικές δοκιμές που στόχευαν αποκλειστικά στις γυναίκες προμήθευσαν την επιστημονική

κοινότητα με καινούρια δεδομένα που άλλαξαν τις συστάσεις. Ας μην λησμονούμε πως σύμφωνα με την ΑΚΕ, η καρδιαγγειακή νόσος είναι σε παγκόσμιο επίπεδο η μόνη μεγαλύτερη αιτία θανάτων των γυναικών.

Το καινούριο στοιχείο στις ανανεωμένες κατευθύνσεις είναι πως αυτές πλέον εστιάζουν στον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου σε όλη την διάρκεια ζωής της γυναίκας (με ηλικία μεγαλύτερη των 20 ετών) και όχι μόνο στο μικρό χρονικό διάστημα μετά την εμμηνόπαυση.

Αναφορά γίνεται στις αλλαγές τρόπου ζωής που πρέπει να πραγματοποιηθούν για να μειωθεί ο κίνδυνος καθώς και στον ρόλο της διατροφής, της άσκησης και των συμπληρωμάτων διατροφής όπως το φυλλικό οξύ, η βιταμίνη Ε, η βιταμίνη C και το β-καροτένιο, για τα οποία τονίζεται ξεκάθαρα πως δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται για την πρόληψη (πρωτογενή ή δευτερογενή) των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Ας εξετάσουμε τις οδηγίες λοιπόν λίγο πιο αναλυτικά.

Έμφαση δίνεται στους παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο οι οποίοι μπορούν να τροποποιηθούν. Αυτοί αφορούν κυρίως τον τρόπο ζωής και διατήρηση των επιπέδων των λιπιδίων και της αρτηριακής πίεσης του αίματος σε φυσιολογικά επίπεδα μέσα από τη φυσική δραστηριότητα, τον έλεγχο του βάρους, την μέτρια κατανάλωση αλκοόλ, τον περιορισμό του αλατιού, την κατανάλωση φρέσκων φρούτων και λαχανικών καθώς και γαλακτοκομικών προϊόντων χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά. Ιδιαίτερα η πρόσληψη των κορεσμένων λιπαρών θα πρέπει να περιοριστεί σε λιγότερο από 7% των ολικών θερμίδων που προσλαμβάνονται ημερησίως. Η λήψη των ω-3 λιπαρών οξέων μέσα από τη διατροφή φαίνεται να ενθαρρύνεται καθώς προτείνεται η κατανάλωση λιπαρών ψαριών τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα. Ειδικά για τα ω-3 λιπαρά οξέα προτείνεται και η λήψη τους με τη μορφή συμπληρώματος αλλά μόνο από γυναίκες που έχουν ήδη καρδιαγγειακή νόσο και 2-4 γραμμάρια ω-3 λιπαρών οξέων για γυναίκες που έχουν υψηλά τριγλυκερίδια. Η διατήρηση ενός φυσιολογικού σωματικού βάρους κατέχει σημαντική θέση στις νέες κατευθυντήριες γραμμές της ΑΚΕ. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσα από μια ισορροπημένη διατροφή, όπως είναι η μεσογειακή, σε συνδυασμό με καθημερινή φυσική δραστηριότητα και με ειδικά προγράμματα αλλαγής συμπεριφοράς όταν πρόκειται για άτομα που στόχο έχουν να χάσουν βάρος και όχι απλά να το διατηρήσουν. Οι οδηγίες για τη φυσική δραστηριότητα στις γυναίκες υποδεικνύουν 30 λεπτά μέτριας έντασης άσκησης καθημερινά.

Ειδικότερα γι' αυτές που πρέπει να χάσουν βάρος προτείνουν 60 με 90 λεπτά άσκησης μέτριας έντασης για τις περισσότερες ημέρες της εβδομάδας. Για την καλύτερη πρόληψη καρδιαγγειακής νόσου και του εμφράγματος του μυοκαρδίου οι γυναίκες ενθαρρύνονται να ακολουθούν μια διατροφή πλούσια σε φρούτα και λαχανικά επιλέγοντας δημητριακά ολικής άλεσης, τρόφιμα πλούσια σε φυτικές ίνες και λιπαρά ψάρια τουλάχιστον 2 φορές την εβδομάδα. Η πρόσληψη κορεσμένων λιπαρών πρέπει να περιοριστεί σε λιγότερο από 10% της ημερήσιας προσλαμβανόμενης ενέργειας και αν είναι δυνατόν να προσεγγίσουν το 7%. Η ημερήσια πρόσληψη χοληστερόλης θα πρέπει να βρίσκεται κάτω από τα επίπεδα των 300 mg/ημέρα, ενώ η πρόσληψη αλκοόλ δε θα πρέπει να υπερβαίνει το 1 ποτήρι καθημερινά. Η κατανάλωση αλατιού θα πρέπει να είναι λιγότερη από 1 κουταλάκι του γλυκού ημερησίως ενώ τα γαλακτοκομικά προϊόντα θα πρέπει να έχουν χαμηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά. Τέλος, η κατανάλωση των τρανς λιπαρών οξέων (τηγανισμένα λάδια κλπ) θα πρέπει να μειωθεί στο ελάχιστο. Η υγιεινή διατροφή, η φυσική δραστηριότητα και ο έλεγχος του βάρους μπορούν να διατηρήσουν σε φυσιολογικά επίπεδα δύο από τους μεγαλύτερους παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο: την αρτηριακή πίεση του αίματος και τα επίπεδα των λιπιδίων. Όσον αφορά τα συμπληρώματα διατροφής θα πρέπει να τονιστεί πως για πρώτη φορά οι οδηγίες είναι κατηγορηματικές. Τα συμπληρώματα διατροφής όπως το φυλλικό οξύ, η βιταμίνη E, η βιταμίνη C και το β-καροτένιο δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται για την πρόληψη (πρωτογενή ή δευτερογενή) των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Τα επιστημονικά δεδομένα καταδεικνύουν επιπρόσθετα πως τα αντιοξειδωτικά συμπληρώματα και το φυλλικό οξύ όχι μόνο δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται αλλά ότι ίσως και να είναι επιζήμια για την υγεία. Αν κάποιες θετικές ενδείξεις υπάρχουν για χορήγηση συμπληρωμάτων αυτές αφορούν τα ω-3 λιπαρά οξέα (με τη μορφή κάψουλας περιεκτικότητας 850-1000 mg σε εικοσαπεντανοϊκό και δοκοσαεξανοϊκό οξύ). Θα πρέπει να διευκρινιστούν σε αυτό το σημείο δύο πράγματα. Αφενός η χρήση τους θα πρέπει να είναι επικουρική και η κύρια πηγή κατανάλωσή τους θα πρέπει να είναι η φυσική διατροφή, αφετέρου τα δεδομένα που δείχνουν ευεργετική επίδραση σχετικά με την πρόληψη της καρδιαγγειακής νόσου έχουν περιορισμένη ισχύ, καθώς οι σχετικές έρευνες δεν είναι τόσες πολλές σε αντίθεση με τις υπάρχουσες έρευνες για τις προαναφερθείσες διατροφικές συστάσεις. Για τις τελευταίες, τα δεδομένα δείχνουν ότι είναι χρήσιμες και αποτελεσματικές στην πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη. Ανακεφαλαιώνοντας, οι καινούριες οδηγίες για

τις γυναίκες και την πρόληψη της στεφανιαίας νόσου επικεντρώνουν στην υγιεινή διατροφή και στη φυσική δραστηριότητα και απομυθοποιούν τα συμπληρώματα διατροφής.

Ο μεσογειακός τρόπος διατροφής αλλά και ζωής γενικότερα φαίνεται να τις μετουσιώνει σε πράξη. Επιτακτική ανάγκη αποτελεί όλοι οι επιστήμονες της υγείας να μεταφέρουν το μήνυμα για την κρισιμότητα των καρδιαγγειακών παθήσεων ως παγκόσμιας αιτίας θανάτου καθώς οι περισσότεροι καρδιαγγειακοί ασθενείς δηλώνουν πως δε γνώριζαν ή ότι δεν τους είπε κανείς ή ότι δεν τους έδωσαν να καταλάβουν τη σοβαρότητα ή το πλήθος των παραγόντων που συμβάλλουν στην εξέλιξη της νόσου. Η σωστή ενημέρωση σε πρώτη φάση μπορεί να συμβάλλει στην αντιμετώπιση του προβλήματος⁰.

Μεσογειακή Διατροφή

Η ελληνική μελέτη (CARDIO2000) που διεξήχθη σε πανελλαδικό επίπεδο από την Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική της Ιατρικής Σχολής Αθήνας, συμπεριλάμβανε 848 τυχαία επιλεγμένους ασθενείς με πρώτη εκδήλωση στεφανιαίας νόσου (οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου ή ασταθή στηθάγχη) και 1.078 εξομοιωμένους κατά φύλο, ηλικία, και γεωγραφική περιοχή, μάρτυρες χωρίς καμία υποψία εκδήλωσης καρδιαγγειακής νόσου στο ιστορικό τους. Τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι η «Μεσογειακή» διατροφή παίζει καθοριστικό ρόλο στη μείωση του στεφανιαίου κινδύνου ακόμη και στη παρουσία άλλων παραγόντων, μειώνει κατά 17% τον στεφανιαίο κίνδυνο στους υπερτασικούς, κατά 19% τον στεφανιαίο κίνδυνο στους υπερλιπιδαιμικούς και κατά 11% τον στεφανιαίο κίνδυνο στους διαβητικούς⁰.

Όλες οι επιδημιολογικές μελέτες συμπεραίνουν ότι η μεσογειακή δίαιτα με την υψηλή περιεκτικότητα σε ελαιόλαδο, σύνθετους υδρογονάνθρακες, φυτικές ίνες, λαχανικά και φρούτα είναι ικανή να βελτιώσει όλους τους σημαντικούς τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου, όπως η αντίσταση στην ινσουλίνη, τα επίπεδα λιπιδίων ορού και η αυξημένη αρτηριακή πίεση. Η Μεσογειακή δίαιτα χαρακτηρίζεται από το περιεχόμενο της σε βιοπροστατευτικά θρεπτικά στοιχεία, όπως: (α) απαραίτητα λιπαρά οξέα από τα λαχανικά, το κρέας, και το ψάρι, (β) αντιοξειδωτικά (π.χ. υψηλά ποσοστά βιταμίνης C, βιταμίνης E, β-καροτένιου, γλουταθειόνης, ρεσβερατρόλης, φυλλώδη λαχανικά, φαινολικά συστατικά από κρασί και ελαιόλαδο), μπορεί να συντελέσει στην αποφυγή των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Χαρακτηρίζεται επίσης από υψηλή κατανάλωση ντομάτας, κρεμμυδιού,

σκόρδου και βοτάνων, που περιέχουν λυκοπένιο, καροτενοειδή, πολυφαινόλες, φλαβονοειδή και άλλα φυτοχημικά που χρησιμοποιούνται στο μαγείρεμα λαχανικών, κρέατος και ψαριού. Το διαιτητικό αυτό μοντέλο φαίνεται πως είναι ευεγερτικό για την υγεία και σχετίζεται με μειωμένο κίνδυνο καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Ορισμός του αλκοόλ

Αλκοόλ είναι τοξική ουσία. Οι χημικές ενώσεις που βασίζονται στην αλκοόλη ξεπερνάνε τις 200.000 αλλά φυσικά όταν λέμε «οινοπνευματώδη» εννοούμε την αιθυλική αλκοόλη (CH₃-CH₂-OH). Ανέκαθεν το αλκοόλ ήταν η κατεξοχήν ουσία που προκαλούσε μέθη.

Από τις αρχές κιόλας της ανθρωπότητας, ο άνθρωπος έμαθε να φτιάχνει ποτά βασισμένα στην φυσική ζύμωση ορισμένων ουσιών. Όλα αυτά τα ποτά έχουν κοινή την παρουσία ενός ορισμένου ποσοστού αιθυλικής αλκοόλης. Η χρήση του οινοπνεύματος επιτρέπεται διεθνώς και δεν εγκυμονεί κινδύνους με κοινωνικές επιπτώσεις. Δεν παύει όμως να είναι τοξική ουσία και αληθινό ναρκωτικό αφού αλλοιώνει σε έναν ορισμένο βαθμό τις ψυχικές διαδικασίες και την υπερβολικά εκείνου που το χρησιμοποιεί όπως ακριβώς κάνουν και τα παράγωγα της ινδικής άνναβης (χασίς μαριχουάνα) και τα παραισθησιογόνα (μεσκαλίνα και λυσεργικό οξύ γνωστό σαν LSD).

Σε πολλές χώρες η κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών δημιουργεί κοινωνικά προβλήματα μιας κάποιας σοβαρότητας σε σημείο που μερικές κυβερνήσεις αναγκάστηκαν να ελέγχουν την κατανάλωση τους ή τουλάχιστον να περιορίσουν σε λίγες ώρες της ημέρας την πώληση αυτών των ποτών⁰.

Ορισμός του αλκοολισμού

Άλλες ονομασίες Alcohol, alcohol related, disorders, Alcoholism. Πρόκειται για την εξάρτηση από το αλκοόλ, η οποία δηλώνεται από την ανοχή δηλαδή την ανάγκη για σημαντικά αυξημένες ποσότητες αλκοόλ ώστε να φτάσει το άτομο στην επιθυμητή επίδραση και σημαντικά μειωμένη επίδραση με την συνεχή κατανάλωση της ίδιας ποσότητας αλκοόλ και από τα συμπτώματα στέρησης για το αλκοόλ και την κατανάλωση του για την ανακούφιση και την αποφυγή των στερητικών συμπτωμάτων.

Αλκοολισμός και μερικά χαρακτηριστικά

Τα βασικότερα χαρακτηριστικά του αλκοολισμού είναι: η αδυναμία ελέγχου της ποσότητας ή συχνότητας χρήσης οικοπνευματωδών ποτών, η αδυναμία διακοπής της χρήσης ινοπνευματωδών ποτών για κάποιο χρονικό διάστημα, η χρήση οιοπνευματωδών ποτών με στόχο την αλλαγή ψυχολογικής διάθεσης, η χρήση οιοπνευματωδών ποτών σε καταστάσεις που κάτι τέτοιο θα μπορούσε να δημιουργήσει άμεσα προβλήματα (π.χ. πριν την οδήγηση, στην εργασία κ.λπ.) Αλκοολικός όμως δεν γίνεται κανένας από τη μια μέρα στην άλλη. Η χρονική διάρκεια από την απλή χρήση στην κατάχρηση, τον εθισμό και την εξάρτηση ποικίλλει από μερικά χρόνια μέχρι και δεκαετίες. Ξαρτάται μάλιστα από 3 ομάδες παραγόντων της προσωπικότητας, το κοινωνικό περιβάλλον και φυσικά το είδος, την συχνότητα, την ποσότητα κ.λ.π του οιοπνεύματος⁰.

Φάσεις εξέλιξης αλκοολισμού

Η πορεία αυτή διακρίνεται σε φάσεις με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά για κάθε μια φάση που μας επιτρέπουν να κατατάξουμε καλύτερα έναν χρήστη και να μην περιμένουμε την χρόνια εξάρτηση για να καταλάβουμε ότι κάτι τρέχει. Η χρονική διάρκεια των φάσεων αυτών ποικίλλει από 3-5 χρόνια έως και δεκαετίες. Κάθε φάση εμφανίζει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά. Τα βασικότερα των οποίων είναι:

- Προαλκοολική φάση: Είναι η «κοινωνικά αποδεκτή» χρήση του οιοπνεύματος που «επιτρέπει» την ελαφρά μέθη στις κατάλληλες περιστάσεις και περιβάλλον.
- *Η αρχική φάση:* Χαρακτηρίζεται από την συνειδητοποίηση της κατάχρησης και από την αποτυχημένη προσπάθεια επανόδου σε παλαιότερες συνήθειες. Αναζητούνται όλο και συχνότερα ευκαιρίες για «ένα ποτηράκι».
- *Κρισιμη φάση:* Χαρακτηρίζεται από την απώλεια του ελέγχου στη χρήση οιοπνευματωδών ποτών. Το άτομο δεν μπορεί να σταματήσει πριν φτάσει σε κάποιο σημείο μέθης, είτε μεθάει σε άλλοτε άλλα χρονικά διαστήματα με χαρακτηριστικά κενά μνήμης της προηγούμενης μέρας.
- *Η χρόνια φάση:* Η χρήση του οιοπνεύματος είναι καθημερινή και αποτελεί τον βασικό άξονα γύρω από τον οποίο περιστρέφεται η συμπεριφορά του ατόμου. Οι

σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις που έχουν αρχίσει ήδη, στην προηγούμενη φάση τώρα μεγιστοποιούνται και γίνονται εμφανείς στο περιβάλλον.

Τύποι καταναλωτών

Παρατηρήθηκε όμως ότι εκτός από τα χαρακτηριστικά αυτά που θα διέκριναν αυτές τις τέσσερις φάσεις στην πορεία ενός ατόμου από την απλή χρήση οινοπνεύματος στην κατάχρηση, τον εθισμό και την εξάρτηση υπήρχε και άλλη μια βασική διαφορά ανάμεσα στους χρήστες, το κίνητρο γιατί δηλαδή έπινε κάθε ένας από αυτούς. Έτσι διακρίνουμε και διαφορετικούς τύπους αλκοολικού ανάλογα με το κίνητρο του καθενός.

Οι τύποι αυτοί είναι:

1. Τύπος-α. Είναι αυτός που πίνει συνειδητά με κίνητρο την καλύτερευση της ψυχικής του διάθεσης της απαλλαγής από δυσάρεστα συναισθήματα ή την μείωση ενδοψυχικών συγκρούσεων, ελέγχει όμως την ποσότητα του οινοπνεύματος και η χρήση δεν είναι καθημερινή.

2. Τύπος-β. Πίνει μόνο στο κατάλληλο περιβάλλον και μόνο ευκαιριακά. Έχει σαν κίνητρο την ταύτιση ή προσαρμογή με το περιβάλλον αυτό και την παρέα.

3. Τύπος-γ. Αποτελεί την παθολογική εξέλιξη του τύπου -α. Είναι αυτός που πίνει για να πνίξει τα δυσάρεστα συναισθήματα ή τις ενδοψυχικές του συγκρούσεις. Ελευθερία Κ Αθανάτου. 1998. Παθολογική και χειρουργική κλινική νοσηλευτική έκδοση Β Αθήνα¹²Χαρακτηρίζεται από την συνεχή απώλεια του ελέγχου (μέθη). Εδώ ανήκει η πλειονότητα των νέων αλκοολικών. Η εξάρτηση είναι ψυχολογική.

4. Τύπος-δ. Αποτελεί την παθολογική εξέλιξη του τύπου -β. η ταύτιση και προσαρμογή στο περιβάλλον παρεμποδίζει τους οδηγεί σταδιακά σε μια κατ' αρχήν σωματική εξάρτηση από αυτό. Χαρακτηρίζεται από την καθημερινή χρήση οινοπνεύματος ακόμα και τις πρωινές ώρες (σε προχωρημένα στάδια) προς αποφυγή στερητικών συμπτωμάτων. Μόδες, συνήθειες, ήθη και έθιμα και άλλοι περιβαλλοντικοί παράγοντες παίζουν εδώ καθοριστικό ρόλο.

5. Τύπος-ε. Χαρακτηρίζεται από περιοδική απώλεια του ελέγχου ενώ στα μεσοδιαστήματα απέχει της χρήσεως οινοπνευματωδών. Από τους τύπους αυτούς σαν εξαρτημένοι παθολογικά θεωρούνται οι τύποι 3,4 και 5.⁰

Αλκοολικός

Αλκοολικός είναι λοιπόν κάποιος που σε ορισμένα χρονικά διαστήματα ή κάτω από ορισμένες καταστάσεις καταναλίσκει ασυνήθιστες γι' αυτόν ποσότητες οινοπνευματωδών ποτών, χωρίς να μπορεί να σταματήσει πριν νιώσει την ιδιαίτερη αυτή δράση του οινοπνεύματος στον ψυχικό του κόσμο. Αποτέλεσμα της συμπεριφοράς αυτής είναι σωματικές και ψυχικές βλάβες όπως και διαταραχές στην σχέση του ατόμου με το περιβάλλον του.

Η εξάρτηση από το οινόπνευμα είναι «ψυχική» και σωματική. Αλκοολικός όμως μπορεί να είναι και κάποιος που δεν παρουσιάζει φαινόμενα σωματικής εξάρτησης από το οινόπνευμα.

Οξύς και χρόνιος αλκοολικός

Οξύς αλκοολισμός.

Γνωστός και σαν αιθυλική κρίση (αλλά πιο γνωστός ακόμα σαν μεθύσι) είναι ένα φαινόμενο πολύ κοινό του οποίου τα συμπτώματα γνωρίζει όλος ο κόσμος. Αν υπάρξει στο αίμα περισσότερο από 0,2% οινόπνευμα αρχίζει η κρίση. Αν φτάσει στο 0,4% ο άνθρωπος πέφτει σε κατάσταση βαθιάς μέθης και ποσοστά 0,5% μέχρι 0,8% μπορούν να είναι θανατηφόρα. Αν η μέθη είναι συμπτωματική και σποραδική δεν αφήνει ίχνη ούτε προκαλεί ζημιές. Σε δύο μόλις ημέρες με μια κατάλληλη θεραπεία ύπνου και σωστή διατροφή, ο άνθρωπος επιστρέφει στην κανονική του κατάσταση και αν είναι έξυπνος θα έχει μάθει ότι είναι καλύτερο να μην επαναλάβει την εμπειρία που συχνά είναι μάλλον δυσάρεστη.

Απεναντίας ευχάριστες μπορεί να είναι οι πρώτες στιγμές ευφορίας και κεφιού. Αν συνεχιστεί όμως να πίνει ο άνθρωπος νιώθει ναυτία, ζαλάδα και ίλιγγος σε σημείο που μόλις κλείσει τα μάτια να νιώθει μια τάση για εμετό χαρακτηριστική σε αυτές τις περιπτώσεις.

Χρόνιος Αλκοολισμός

Σαν σοβαρότερο κοινωνικό φαινόμενο η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας δίνει τον ορισμό του ως εξής: «Σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από την ανάγκη να πει κανείς μια ποσότητα οινοπνεύματος μεγαλύτερη από αυτήν που μπορεί να αφομοιώσει, δημιουργώντας σ' αυτό τον άνθρωπο σωματικές και ψυχικές διαταραχές που

προεκτείνονται και στον κοινωνικό τομέα».Εξωτερικά συμπτώματα του χρόνιου αλκοολισμού είναι μια αλλοίωση στο δέρμα του προσώπου, διαστολή των πόρων και κοκκίνισμα ιδιαίτερα στην μύτη καθώς και διάφορες πεπτικές διαταραχές από τις οποίες οι σημαντικότερες είναι: η ανηθικότητα, η ανικανότητα για εργασία, η εριστικότητα, η τάση για βίαιες κινήσεις, οι διαταραχές την μνήμης και η μείωση των διανοητικών λειτουργιών.

Στην πιο σοβαρή του φάση ο χρόνιος αλκοολισμός εκδηλώνεται με ντελίριουμ τρέμενς, αλκοολική ψύχωση, ψύχωση του κορσακοφ, και παρανοϊκή σχιζοφρένια. Όλες αυτές οι εκδηλώσεις οφείλονται σε παθολογικά τραύματα του φλοιού του εγκεφάλου που καταλήγουν σε μια λειτουργική παρακμή των νευρικών κυττάρων.Χαρακτηριστικό σε αυτούς που πίνουν πολύ κρασί (2 ή 3 λίτρα την ημέρα για πολλά χρόνια) παρουσιάζει υψηλό αριθμό θνησιμότητας. Είναι σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από τρεμούλες από έλλειψη συντονισμού κινήσεων, οράματα, παραισθήσεις, ασυναρτησία και άγχος οξεία αλκοολική ψύχωση.

Ενώ το ντελίριουμ τρέμενς οι διαταραχές είναι κατά κύριο λόγο σωματικές, στην αλκοολική ψύχωση είναι ψυχολογικές. Ο προσανατολισμός του ασθενή στο χώρο δεν επηρεάζεται αλλά έχει ακουστικές διαταραχές, ακούει φωνές, συνήθως απειλητικές, που τον κατηγορούν για κάθε είδους εγκλήματα και τον απειλούν με φρικτούς ακρωτηριασμούς. Τύγωση του Κορσακοιρ: Λέγεται και χρόνιο ντελίριουμ τρέμενς, και αναγνωρίζεται από τέσσερα βασικά συμπτώματα: α) σημαντική μείωση της μνήμης, β) αποπροσανατολισμός στο χώρο και το χρόνο, γ) αμνησίες περισσότερο και λιγότερο σημαντικές, δ) μονόλογοι και παραλήρημα μεγαλομανίας. Παρανοϊκή Σχιζοφρένια. Εξίσου γνωστή και σαν αλκοολική παράνοια. Ο ασθενής (συνήθως άντρας) υποπτεύεται απιστία της γυναίκας του και γρήγορα φθάνει στο παραλήρημα. Η έμμονη αυτή ιδέα εξηγείται σαν προσπάθεια του ασθενή να δικαιολογήσει την δική του βαθμιαία ανικανότητα αποδίδοντας την στις υποτιθέμενες απιστίες της γυναίκας του. Σε σύντομο χρονικό διάστημα το παραλήρημα μετατρέπεται σε παροξυσμό και ο ασθενής συμπεριλαμβάνει στην τρέλα του και τους υποτιθέμενους εραστές της γυναίκας του.⁰

Λόγοι που οδηγούν στο αλκοόλ

Από το ιδιαίτερα μεγάλο φάσμα των προβλημάτων που παίζουν έναν ξεχωριστό ρόλο για τα νεαρά άτομα στην ανάπτυξη εξαρτημένης συμπεριφοράς συχνότερα εμφανίζονται τα ακόλουθα:

1. Απομόνωση, αίσθημα της κατανόησης από τους άλλους, έλλειψη δεσμών.

Για πολλούς νέους αλκοολικούς ή χρήστες άλλων τοξικών ουσιών είναι συχνά χαρακτηριστική ή έλλειψη κοινωνικών δεσμών, η χαλαρή σχέση με την οικογένεια που εμφανίζεται συναισθηματικά «στεγνή» ενώ η σχέση με τους φίλους είναι επιφανειακή ή δεν υπάρχει καθόλου. Η επιθυμία για διαπροσωπικές σχέσεις με κάποια συναισθηματική αξία, η επιθυμία για αναγνώριση και η προσπάθεια να ξεφύγουν από την μόνωση θα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπ' όψιν σαν κίνητρα για τη χρήση οινόπνευματος ή άλλων τοξικών ουσιών και την ένταξη, μέσω αυτών, στην αλκοολική ομάδα.

2. Δίψα για εμπειρίες, περιέργεια και ψάξιμο για κάποιο σκοπό στη ζωή.

Το εσωτερικό κενό και η δυσφορία που πηγάζουν από τη συναισθηματική μόνωση, την έλλειψη δεσμών και την απουσία ιδεολογικών αξιών προκαλούν συχνά στα νεαρά άτομα την ανάπτυξη μιας έντονης επιθυμίας για τη βίωση εμπειριών που θα κινήσουν έστω και για λίγο συναισθηματικά. Το ψάξιμο για κάποιο σκοπό στη ζωή και η απογοήτευση που συνοδεύει αυτή την προσπάθεια από την πολιτική, κοινωνική και θρησκευτική πραγματικότητα, δημιουργούν ένα κενό που έρχεται να πληρώσει η τοξική ουσία⁰.

3. Αδυναμία επεξεργασίας συναισθημάτων όπως αυτά της επιθετικότητας, και της κατάθλιψης.

Η απογοήτευση που συνοδεύει την πραγματικότητα ενός νέου του προκαλεί επιθετικά συναισθήματα που χαρακτηρίζουν συχνά την συμπεριφορά πολλών από αυτούς που στη συνέχεια θα αναπτύξουν μια εξαρτητική συμπεριφορά. Η δυσκολία ή η αδυναμία εκτόνωσης των επιθετικών αυτών συναισθημάτων απέναντι στο κοινωνικό περίγυρο στα πρόσωπα στα οποία κατευθύνεται οδηγούν στην απώθηση της και στη δημιουργία ενός καταθλιπτικού συναισθήματος, το οποίο θα «πνίξει» ο νέος μέσα στο οινόπνευμα.

4. Αντίθεση και απελευθέρωση.

Η συμβολοποίηση του οινόπνευματος και των αλκοολικών συνηθειών σαν ένδειξη απελευθέρωσης και διαφοροποίησης από το κατεστημένο ενισχύει τη δύναμη δράσης του στον ψυχισμό των νέων. Το οινόπνευμα η οποιαδήποτε άλλη τοξική ουσία, χρησιμοποιείται από πολλά νεαρά άτομα σαν μέσο «αντίδρασης», σαν βοήθημα στο ξεπέραςμα των ψυχαναγκασμών που επιβάλλει για τα παιδιά αυτά μια «αφόρητη» και «απάνθρωπη»

πραγματικότητα σαν μέσο για την κατάκτηση κάποιας «απόλυτης ελευθερίας». Μια ελευθερία με παραμορφωμένη όμως έννοια μια και πρόκειται για ελευθερία «για κάτι» και όχι ελευθερία «από κάτι» μια και το συγκεκριμένο άτομο όχι μόνο ελεύθερος από αυτό το κάτι δεν είναι αλλά πολύ σύντομα εξαρτάται απόλυτα απ' αυτό.

5. Η οικογένεια

Ίσως και ο καθοριστικότερος των παραγόντων τόσο για την διαμόρφωση της προσωπικότητας του παιδιού όσο και για την ευνοϊκή ή όχι παρουσία της πλάι του για την αντιμετώπιση των οποιουδήποτε προβλημάτων του. Δυσλειτουργίες στις ενδοοικογενειακές σχέσεις συνδέονται άμεσα με την ανάπτυξη «παθολογικών» συμπεριφορών στους νέους μεταξύ των οποίων είναι και η ανάπτυξη εξάρτησης από ψυχοτρόπες ουσίες. Σωστές διαπροσωπικές σχέσεις και σταθερότητα στους ενδοοικογενειακούς συναισθηματικούς δεσμούς προστατεύουν αντίθετα τον έφηβο από προβλήματα που τυχόν αντιμετωπίζει. Απουσία στενής και ειλικρινούς σχέσης με το παιδί, έλλειψη παρακολούθησης και εποπτείας του παιδιού (όχι υποταγής του), έλλειψη ενδιαφέροντος για τις δραστηριότητες τους, έλλειψη η ασυνέπεια στις μεθόδους πειθαρχίας, όπως η υπερβολική αυστηρότητα από τη μια η υπερβολική υποχωρητικότητα από την άλλη, είναι μερικοί από τους αιτιοπαθογενετικούς παράγοντες που συνδέονται άμεσα ή έμμεσα με την ανάπτυξη από τα νέα παιδιά συμπεριφορών που θα μπορούσαν να οδηγήσουν στη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών.⁰

6. Η επίδραση των συνομηλίκων αυξάνει όσο μειώνεται η σταθερή οικογενειακή σχέση.

Η ένταξη και ταύτιση με ομάδες συνομηλίκων που κάνουν χρήση οινόπνεύματος αποτελεί συχνά τον καθοριστικό φαινομενικό παράγοντα της εξάρτησης. Πότε όμως η ένταξη και ταύτιση σε μια ομάδα συνομηλίκων δεν θα είναι τόσο ισχυρή εάν δεν έχει προηγηθεί η χαλάρωση της σχέσης με την οικογένεια.

7. Αύξηση της δυνατότητας για διαπροσωπικές σχέσεις.

Η διαπροσωπική σχέση ή ο δεσμός με κάποιο άλλο πρόσωπο δεν είναι κάτι ανεξάρτητο και απλό όπως ένα τεντωμένο σχοινί ανάμεσα σε δύο δέντρα. Στη διαπροσωπική σχέση πρόκειται για το υποκειμενικό τρόπο βίωσης ενός συγκεκριμένου άλλου ατόμου. Αυτό το άλλο άτομο αισθάνεται και συνειδητοποιεί ή όχι ότι βρίσκεται σε μια συναισθηματική επικοινωνία με κάποιο αντικείμενο, στην προκειμένη περίπτωση με άλλον άνθρωπο.

Είναι λοιπόν σωστότερο και κάνει τα πράγματα περισσότερο κατανοητά να μιλάμε για δυνατότητες επικοινωνίας και σύναψης διαπροσωπικών σχέσεων ενός συγκεκριμένου ατόμου και όχι γενικά για τις «διαπροσωπικές σχέσεις». Σ' αυτή την ανάγκη ή με άλλα λόγια, σε αυτή την υπαρκτή αδυναμία πολλών νέων ατόμων έρχεται το οινόπνευμα σε βοήθεια. Ασταθή νεαρά άτομα αναζητούν το οινόπνευμα γι' αυτή του την δράση αναζητούν την ισοτιμία στην παρέα, την αναγνώριση από την ομάδα και την προσοχή του αντιθέτου φύλου. Στη προσπάθεια αυτή για σταθεροποίηση του ανασφαλούς χαρακτήρα τους και στην παιδιάστικη βασική συμπεριφορά τους χρησιμοποιείται το οινόπνευμα και το τσιγάρο σαν απόδειξη ωριμότητας και σιγουριάς.

Στην αρχή είναι το τελετουργικό και η εκλεπτυσμένη ατμόσφαιρα σπουδαιότερα από το ίδιο το ποτό. Το μπουκάλι γίνεται το σύμβολο της ονειρεμένης και τόσο επιθυμητής ωριμότητας, όμως το περιεχόμενο θα πνίξει την ωριμότητα αυτή πολύ σύντομα. Θα μπορούσε κανείς να αναφερθεί και σε ένα μεγάλο πλήθος άλλων κοινωνικών παραγόντων που συμμετέχουν στην διαμόρφωση εξαρτημένης συμπεριφοράς σε ένα νέο. Η ανεργία, οι κοινωνικο-πολιτικές και ιδεολογικές αντιφάσεις, η οικονομική αστάθεια και το κοινωνικό άγχος είναι μερικοί μόνο από τους παράγοντες αυτούς. Είναι εύκολη εξ' άλλου η ενοχοποίηση τέτοιων παραγόντων αφού η διαδικασία αυτή απενοχοποιεί όλους τους άλλους ανάμεσα στους οποίους και τους εαυτούς μας.⁰

Η αιθανόλη και οι δράσεις της

Η δραστική ουσία των αλκοολούχων ποτών είναι η αιθανόλη μια ένωση που εύκολα μετακινείται μεταξύ του αίματος και των ιστών εξισώνοντας την μεταξύ τους συγκέντρωση. Η απορρόφηση αρχίζει από τον βλεννογόνο (εσωτερική επιφάνεια) της στοματικής κοιλότητας και του οισοφάγου σε μικρές ποσότητες και συνεχίζεται στο στομάχι σε μέτριο βαθμό όπως και στο παχύ έντερο. Οι μεγαλύτερες ποσότητες απορροφώνται στο λεπτό έντερο. Η απορρόφηση αυξάνεται όταν δεν υπάρχει τροφή στο στομάχι, ιδιαίτερα λίπος αλλά και πρωτεΐνες, καθώς και όταν παρατηρείται ταχεία κένωση του όταν το αλκοολούχο ποτό περιέχει μέτρια ποσότητα αιθανόλης (π.χ. 20% κατ' όγκο) ή ανθρακικό (πχ σαμπάνια) η απορρόφηση αυξάνεται. Η αιθανόλη στην συνέχεια μεταφέρεται μέσω του αίματος στα διάφορα όργανα του σώματος. Αποβάλλεται με τα ούρα, τον ιδρώτα και με την εκπνοή. Το μεγαλύτερο ποσοστό της μεταβολίζεται στο ήπαρ. Η κατανάλωση αλκοόλ έχει σημαντικές επιδράσεις σε όλα τα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού.

Ο οισοφάγος συχνά παρουσιάζει σημεία φλεγμονής που πιθανώς ερμηνευόταν από την αυξημένη συχνότητα αναγωγής του οξικού γαστρικού περιεχομένου. Το στομάχι υφίσταται βλάβη λόγω της καταστροφής των μηχανισμών που προστατεύουν το τοίχωμα του από το γαστρικό οξύ. Το πάγκρεας συχνά προσβάλλεται με αποτέλεσμα την ανάπτυξη σοβαρής φλεγμονής (παγκρεατίτιδας) που οδηγεί την πλειοψηφία των ασθενών σε μονάδες εντατικής θεραπείας ή στον θάνατο. Επίσης αξιοσημείωτος είναι ο αυξημένος κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου στους αλκοολικούς που αποτελεί την δεύτερη αιτία θανάτου μετά τις καρδιαγγειακές παθήσεις. Σε αυτόν τον πληθυσμό η συχνότητα ανάπτυξης κακοήθειας είναι δέκα φορές μεγαλύτερη από ότι στον γενικό με συχνότερες θέσεις ανάπτυξης, το συκώτι, τον οισοφάγο, το στομάχι, το πάγκρεας και σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία και το μαστό.⁰

Το αλκοόλ και οι παρενέργειες στον οργανισμό μας

Η δράση του αλκοόλ στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ) είναι κατασταλτική. Μειώνει την δραστηριότητα των νευρικών κυττάρων (νευρώνων) παρά το γεγονός ότι μικρού βαθμού διέγερση παρατηρείται σε χαμηλές δόσεις. Εμφανίζει παρόμοια δράση με διάφορα κατασταλτικά φάρμακα, όπως οι βενζοδιαζεπίνες και τα βαρβιτουρικά. Βαθύ κώμα και θάνατος παρατηρείται σε συγκεντρώσεις 300-400πιξ/(11. Η ανοχή όμως του οργανισμού αυξάνεται μέσω ενεργοποίησης των μεταβολικών ουσιών στο ήπαρ που την καταβολίζουν και την απομακρύνουν ταχύτερα (μεταβολική ανοχή) αλλά και μέσω προσαρμογής σε κυτταρικό επίπεδο (κυτταρική ανοχή).

Τέλος ακόμα και στις ίδιες υψηλές ποσότητες συγκεντρώσεις αιθανόλης στο αίμα η συμπεριφορά προοδευτικά όλο και λιγότερο αποκλίνει του φυσιολογικού. Άπαξ και τα κύτταρα προσαρμοστούν στη χρόνια κατανάλωση οινοπνεύματος, οι δοκιμές και βιοχημικές μεταβολές που πραγματοποιήθηκαν πιθανόν να χρειαστούν αρκετές εβδομάδες μέχρι να επανέλθουν το φυσιολογικό. Δηλαδή, με άλλα λόγια, πέρα από την ψυχολογική εξάρτηση επέρχεται και σωματική εξάρτηση από το αλκοόλ. Όλη αυτή η διαδικασία οδηγεί σε προοδευτική ανάπτυξη βλαβών στον οργανισμό περίπου (ένας 1%) των αλκοολικών αναπτύσσουν ένα σύνδρομο εκφύλισης του νευρικού ιστού της παρεγκεφαλίδας που κλινικά εκδηλώνεται με αστάθεια στο βάδισμα.

Επίσης σοβαρές διαταραχές της μνήμης εκδηλώνονται σε ασθενείς που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ. Μόνιμη προσβολή του ΚΝΣ μπορεί να παρουσιάσει οδηγώντας σε εκδηλώσεις ψύχωσης που μπορεί να φτάσουν έως και το 20% του συνόλου των χρόνιων

ψυχασθενών. Σχεδόν οποιοδήποτε ψυχιατρικό σύνδρομο μπορεί να παρουσιασθεί κατά την διάρκεια μεγάλης κατανάλωσης αλκοόλ η αμέσως μετά την στέρησή του.

Επίσης μπορούν να εμφανισθούν καταθλιπτικές εκδηλώσεις διάρκειας ημερών ή και εβδομάδων στα μεσοδιαστήματα κατανάλωσης μεγάλων ποσοτήτων, αγχωτικές εκδηλώσεις που επιμένουν για μήνες μετά την διακοπή της κατανάλωσης οινοπνεύματος, ακουστικές και παρανοειδής ψευδαισθήσεις που αποτελούν τις συχνότερες εκδηλώσεις της αλκοολικής ψυχοπαθολογίας.⁰

Διάφορες παθήσεις που οφείλονται στον αλκοολισμό αναλυτικά χρόνια ηπατίτιδα

Η χρόνια ηπατίτιδα είναι μια σπάνια νόσος που χαρακτηρίζεται από φλεγμονή του ήπατος που παραμένει σε λανθάνουσα κατάσταση επί μήνες ή χρόνια. Η φλεγμονή θεωρείται ότι είναι αποτέλεσμα μιας αυτοανοδης αντιδράσεως κατά την οποία το σώμα παράγει αντισώματα εναντίον των ιδίων του των ιστών.

Πριν από τη χρόνια ηπατίτιδα έχει συνήθως εμφανιστεί οξεία ηπατίτιδα Β αλλά σε ορισμένες περιπτώσεις η νόσος συνδέεται με παθήσεις του γαστρεντερικού σωλήνα όπως η ελκώδης κολίτιδα ή η νόσος του Crohn. Γενική διαιτητική τροφογνωσία ειδικές δίαιτες ιατρικές ΔΡ Φερτάκης 1992. Επιτομή εσωτερική παθολογία για τις ΜΤΕΝ8 ιατρικές εκδόσεις πχ Πασχαλίδης Σε σπάνιες περιπτώσεις η χρόνια ηπατίτιδα μπορεί να προκληθεί από υπερβολικές δόσεις ορισμένων φαρμάκων όπως το οινόπνευμα και η παρακεταμόλη. Σε άλλες περιπτώσεις η αιτία της νόσου είναι άγνωστη.

Ποια είναι τα συμπτώματα

Τα συμπτώματα εμφανίζονται περιοδικά κατά τα αρχικά στάδια άλλα σταδιακά επιδεικνύονται και γίνονται, πιο επίμονα καθώς περνούν τα χρόνια.

Τα κυριότερα συμπτώματα είναι κόπωση, ανορεξία, κίτρινο χρώμα του δέρματος και των άσπρων των ματιών και δυσπεψία μετά τη λήψη λιπαρών φαγητών και οινοπνευματωδών ποτών. Μπορεί επίσης να υπάρχουν φαγούρα και πόνος στις αρθρώσεις.

Μερικές φορές η χρόνια ηπατίτιδα αναπτύσσεται τόσο αργά ώστε δεν υπάρχουν καθόλου συμπτώματα στα αρχικά στάδια (αν και το ήπαρ έχει βλάβη) σ' αυτές τις περιπτώσεις η πάθηση μπορεί να αναληφθεί τυχαία από τα ευρήματα των εργαστηριακών εξετάσεων π.χ. κατά την τακτική παρακολούθηση μετά από προσβολή από ηπατίτιδα Β.

Ποιοι είναι οι κίνδυνοι

Η χρόνια ηπατίτιδα είναι σοβαρή νόσος επειδή περιορίζει βαθμιαία την λειτουργία του ήπατος μέσα σε διάστημα πολλών ετών. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος από τη νόσο είναι ότι ο άρρωστος μπορεί τελικά να καταλήξει σε κίρρωση του ήπατος.

Τι πρέπει να γίνει

Η ιατρική εξέταση θα ακολουθηθεί από εξετάσεις αίματος και πιθανόν από βιοψία στο νοσοκομείο προκειμένου να διαγνωστεί η νόσος αν υπάρχει.

Ποια είναι η θεραπεία

Η κύρια θεραπεία είναι η αποφυγή κάθε παράγοντα που μπορεί να επιβαρύνει την φλεγμονή του ήπατος. Ειδικά θα πρέπει να διακοπεί τελείως η λήψη οινόπνευματών ποτών και παρακεταμόλης.

Αν η βλάβη του ήπατος μπορεί να είναι οριστική διάφορα φάρμακα μπορούν να επιτύχουν υποχώρηση των συμπτωμάτων ή και να επιβραδύνουν τη συνέχιση της καταστροφής του οργάνου. Συχνές εξετάσεις από το γιατρό και εξετάσεις αίματος είναι απαραίτητες για την παρακολούθηση της πορείας της ηπατίτιδας και την πρώιμη διάγνωση και θεραπεία της κίρρωσης του ήπατος αν αναπτυχθεί.⁰

Κίρρωση του ήπατος

Κίρρωση είναι η βραδεία έκπτωση της λειτουργίας του ήπατος, που προκαλείται από τη βαθμιαία ανάπτυξη ουλώδους συνδετικού ιστού (ινώσεως) στο ήπαρ. Οι μεταβολές αυτές κάνουν το ήπαρ όλο και λιγότερο αποτελεσματικό στην εκτέλεση των πολυάριθμων ζωτικών λειτουργιών του.

Υπάρχουν πολλά αίτια της νόσου. Το συχνότερο σε πολλές δυτικές χώρες είναι ο αλκοολισμός αλλά στην χώρα μας τις περισσότερες φορές η κίρρωση του ήπατος είναι αποτέλεσμα ηπατίτιδας από το ιό Β. Η καρδιακή ανεπάρκεια και αυτοανοδες παθήσεις όπως η χολική κίρρωση αποτελούν, επίσης αίτια κίρρωσεως. Σε μερικές περιπτώσεις το αίτιο της κίρρωσεως δεν μπορεί να διαπιστωθεί (κρυψιγενής κίρρωση).

Ποια είναι τα συμπτώματα

Ο κεντρικός ρόλος του ήπατος στη λειτουργία του σώματος αντικατοπτρίζεται στην πληθώρα των συμπτωμάτων που εμφανίζονται στις περιπτώσεις βαθμιαίας αναπτύξεως ηπατικής κίρρωσεως.

Στα πολύ αρχικά στάδια όταν υπάρχουν ακόμα αρκετά υγιή ηπατικά κύτταρα, τα συμπτώματα είναι πολύ ήπια. Όσο η νόσος εξελίσσεται εμφανίζοντας σε προοδευτική βαρύτητα ελάττωση της ορέξεως και του σωματικού βάρους, ναυτία εμετός, γενική

κακουχία και αδυναμία δυσπεψία και κοιλιακή διάταση. Υπάρχει η τάση να εμφανίζονται εύκολα εκχυμώσεις (μωλωπισμός) και αιμορραγίες (συνήθως από την μύτη). Μικρά, κόκκινα σημάδια που μοιάζουν με ιστό αράχνης (αραχνοειδή σπίλοι) μπορεί να εμφανιστούν στο πρόσωπο, στους βραχίονες και στο πάνω μέρος του κορμού. Στα τελικά στάδια μπορεί να εμφανιστεί ίκτερος. Στους άνδρες παρατηρείται έλλειψη της σεξουαλικής επιθυμίας, διόγκωση των μαστών (γυναικομαστία) και τελικά, ανικανότητα.

Στις γυναίκες η έμμηνη ρύση διακόπτεται. Τελικά μπορεί να εμφανιστεί ηπατική ανεπάρκεια, της οποίας, οι κύριες εκδηλώσεις είναι η κατακράτηση υγρών στο σώμα με αποτέλεσμα την άθροιση τους⁰ στην κοιλιακή κοιλότητα και το πρήξιμο της περιοχής των σφυρών, η ευερεθιστικότητα και η ελάττωση της ικανότητας συγκεντρώσεως. Ακόμα παρατηρείται ελάττωση της μνήμης, τρέμουλα των χεριών, πνευματική σύγχυση και υπνηλία.

Πόσο συχνά είναι το πρόβλημα

Η κίρρωση δεν είναι συχνή νόσος. Σε χώρες σε μεγάλη κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών, όπως είναι π.χ. η Γαλλία, είναι συχνή μεταξύ των αλκοολικών ανδρών και γυναικών. Στη χώρα μας οι περιπτώσεις κίρρωσεως από αλκοολισμό είναι σχετικά λίγες ενώ πιο συχνές είναι αυτές που συνδέονται με λοίμωξη απ' τον ιό της ηπατίτιδας Β. Σπανιότερα, μερικά φάρμακα που είναι ακίνδυνα σε κανονικές δόσεις, μπορούν να προκαλέσουν βλάβη του ήπατος όταν χορηγηθούν σε μεγάλες δόσεις επί μακρό χρονικό διάστημα.

Ποιοι είναι οι κίνδυνοι

Η ταχύτητα με την οποία εξελίσσεται η κίρρωση του ήπατος ποικίλει απ' τη μια περίπτωση στην άλλη. Όταν η νόσος διαγνωστεί έγκαιρα η αυστηρή τήρηση των μέτρων θεραπείας που αναφέρονται παρακάτω μπορεί να πετύχει την αναχαίτιση της εξελίξεως της. Αλλά όταν η νόσος δεν υποβληθεί σε κατάλληλη αγωγή ή όταν δεν διακοπεί η λήψη οινοπνευματωδών ποτών, σε περιπτώσεις αλκοολικής κίρρωσεως, η βλάβη του ήπατος μπορεί να οδηγηθεί στο θάνατο.³¹

Η κίρρωση του ήπατος αυξάνει κατά πολύ τη συχνότητα αιμορραγιών από το γαστρεντερικό σωλήνα. Όταν αυτό συμβεί η αιμορραγία είναι συνήθως δύσκολο να αντιμετωπιστεί και μπορεί να επιταχύνει την εμφάνιση ηπατικής ανεπάρκειας. Αν διατρέχεται κίνδυνο από κίρρωση και κάνετε εμετό με αίμα, θα πρέπει αμέσως να εισαχθείτε σε νοσοκομείο για αντιμετώπιση και μετάγγιση αίματος. Σε σπάνιες περιπτώσεις, μπορεί να αναπτυχθεί όγκος του ήπατος ως συνέπεια της ηπατικής κίρρωσεως.⁰

Υπογλυκαιμία

Υπογλυκαιμία σημαίνει χαμηλό επίπεδο γλυκόζης στο αίμα, - είναι δηλαδή το αντίθετο της υπεργλυκαιμίας που χαρακτηρίζει το μη υποβαλλόμενο σε θεραπεία σακχαρώδη διαβήτη. Κατά την υπογλυκαιμία τα κύτταρα του σώματος στερούνται τη γλυκόζη που προσφέρει ενέργεια. Η κατάσταση περιορίζεται σχεδόν αποκλειστικά σε άτομο που πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη και κάνουν ενέσεις ινσουλίνης και μερικούς από τους διαβητικούς που παίρνουν αντιδιαβητικά χάπια. Η χρήση υπερβολικής ινσουλίνης, η μη τήρηση του χρονοδιαγράμματος των γευμάτων που έχει συστήσει ο γιατρός, η καταπόνηση με ασυνήθιστα επιμονή, η παρατεταμένη άσκηση, μπορούν να προκαλέσουν κρίση. Σε σπάνιες περιπτώσεις η υπογλυκαιμία μπορεί να προκληθεί απ' τη νόσο του Addison της υποφυσιακής ανεπάρκειας υπερπαραγωγή ινσουλίνης.

Ποια είναι τα συμπτώματα

Τα συμπτώματα ποικίλουν σημαντικά από άτομο σε άτομο αλλά συνήθως αρχίζουν με ακαθόριστα ενοχλήματα που ακολουθούνται από άφθονους ιδρώτες.

Αλλα συμπτώματα είναι: ίλιγγος, αδυναμία, ρίγος, αστάθεια, βουλιμία, θάμπωμα στα μάτια, συγκεχυμένη ομιλία, μούδιασμα στα χέρια και στα πόδια και πονοκέφαλος. Μπορεί, χωρίς να το συνειδητοποιείτε, να γίνεται επιθετικός ή μη συνεργάσιμος (καταστάσεις που μερικές φορές αποδίδονται εσφαλμένα σε μεθύσι). Σε ακραίες περιπτώσεις μπορεί να χάσετε, τις αισθήσεις σας. Στα παιδιά μπορεί να προκληθούν σπασμοί.

Έλκος στομαχιού

Το έλκος του στομάχου είναι μια νωπή πληγή (με διάμετρο τριών χιλιοστών περίπου ή λιγότερο μεγαλύτερη) που σχηματίζεται στην εσωτερική επιφάνεια του στομάχου. Η πραγματική αιτία αυτού του φαινομένου δεν είναι γνωστή. Δε φαίνεται να υπάρχει σχέση μεταξύ του έλκους του στομάχου και της υπερπαραγωγής γαστρικού υγρού σε αντίθεση με αυτό που ισχύει για το έλκος του δωδεκαδάκτυλου. Υπάρχουν, όμως ενδείξεις ότι ο ερεθισμός της εσωτερικής επιφάνειας του στομάχου από την αναγωγή της χολής. Βολιανάτου 1997 Γενική Διοικητική τροφογνωσία, ειδικές δίαιτες ιατρικές εκδόσεις Λίτσας ιατρού. προς τα εσωτερικά του στομάχου μπορεί να αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα (Σημειώστε ότι το έλκος του στομάχου ή του δωδεκαδάκτυλου λέγεται και πεπτικό έλκος, ενώ του στομάχου αναφέρεται και ως γαστρικό έλκος).

Ποια είναι τα συμπτώματα;

Το σπουδαιότερο σύμπτωμα είναι ο πόνος που έχει χαρακτήρα καυστικό (καούρα) συνήθως διάχυτος στο πάνω μέρος της κοιλιακής χώρας και μέχρι το θώρακα και διαρκεί από μισή μέχρι τρεις ώρες. Ο πόνος έρχεται και φεύγει και συνεχίζεται πολλές φορές, επί εβδομάδες ενώ παρεμβάλλονται και περίοδοι χωρίς πόνο. Αν και υπάρχει συνήθως σχέση ανάμεσα στο φαγητό και στον πόνο η φύση αυτής της σχέσεως, παρουσιάζει μεγάλη ποικιλία. Ο πόνος μπορεί να αρχίζει αμέσως μετά το φαγητό ή αρκετές ώρες μετά. Αλλά πιθανά συμπτώματα είναι η ελάττωση της ορέξεως και συνεπώς η απώλεια σωματικού βάρους και μερικές φορές, ο εμετός όξινου υγρού που σχεδόν πάντοτε ανακουφίζει από τον πόνο. 33

Πόσο συχνά είναι το πρόβλημα

Έχει υπολογιστεί ότι, στις αναπτυγμένες χώρες 1 περίπου στους 5 άνδρες και 1 περίπου στις 10 γυναίκες πάσχουν από έλκος του στομάχου τους, το έλκος του στομάχου είναι όμως εξίσου συχνό στα δυο φύλα. Υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτυχθεί έλκος στα άτομα που καπνίζουν ή πίνουν πολλά οινοπνευματώδη ποτά που έχουν ακανόνιστα γεύματα, που παίρνουν πολλές ασπιρίνες ή άλλα αναλγητικά που περιέχουν ασπιρίνη, που έχουν προχωρημένη ηλικία και που ασχολούνται με χειρωνακτικές εργασίες (συγκριτικά με αυτούς που ασχολούνται με καθιστική εργασία).

Ποιοι είναι οι κίνδυνοι

Η αιμορραγία από το έλκος του στομάχου δεν είναι συχνό σύμπτωμα αλλά μπορεί να αποβεί επικίνδυνο, ιδίως στους ηλικιωμένους. Μια ξαφνική βαριά αιμορραγία μπορεί να προκαλέσει σοκ ενώ μια ελαφρότερη αν παραμείνει αδιάγνωστη για αρκετό χρονικό διάστημα, μπορεί να προκαλέσει αναιμία.⁰ Ένας άλλος κίνδυνος αν και μικρότερος είναι ο κίνδυνος της διατρήσεως (η πληγή επεκτείνεται σε όλο το πάχος του τοιχώματος του στομάχου).

Αν ένα έλκος του στομάχου μείνει χωρίς θεραπεία μπορεί να προκληθεί αξιόλογη ελάττωση του σωματικού βάρους, ενώ η ανεπαρκής διατροφή, που είναι συνέπεια της ανορεξίας, προδιαθέτει σε λοιμώξεις.

Καρκίνος Οισοφάγου

Ο καρκίνος του οισοφάγου εμφανίζεται συνήθως σε άντρες από 60-70 ετών. Ιστολογικός το 80% είναι επιδερμοειδής (από πλακώδες επιθήλιο) και το 20% αδενοκαρκίνωμα.

Προδιαθετικοί παράγοντες είναι η κατάχρηση οινοπνεύματος και καπνού οι χρόνιοι ερεθισμοί του οργάνου (οισοφαγίτιδες) κ.λπ. και ο οισοφάγος του Barrett.

Κλινικός υπάρχει προοδευτική δυσφαγία. Ξεκινά με στερεή τροφή που «κολλά» κάπου οπισθοστερνικώς, στην αρχή διαλείποντας και μετά μόνιμος η δυσφαγία δε αυτή επεκτείνεται αργότερα και σε πολτώδη γεύματα ή και τα υγρά. Πόνος άλλοτε άλλης εντάσεως εμφανίζεται στο σημείο της εντοπίσεως του καρκίνου. Με τη πάροδο του χρόνου εμφανίζονται απώλεια βάρους, αναιμία (από τριχοειδικές αιμορραγίες) καθώς και συμπτώματα που οφείλονται σε επιπλοκές η επέκταση του όγκου (λ.χ. πνευμονία εξ εισραφήσεως και βρόγχος φωνής από πίεση του κάτω λαρυγγικού νεύρου).

Η διάγνωση θα γίνει με την ακτινογραφία του οισοφάγου όπου διαπιστώνεται ανώμαλη στένωση και με την οισοφαγοκόπηση με λήψη Ιf βιοψικού υλικού. Η θεραπεία είναι χειρουργική αν πρόκειται για καρκίνο το κάτω τρίτημορο (οισοφαγογαστρεκτομή) με πιθανότητα ίασεως που δεν ξεπερνά το 10%. Στους λοιπούς εντοπίσεων και τους ανεγχείρητους γίνεται ακτινοθεραπεία.

Κατά την νοσηλεία του ο άρρωστος θα σιτίζεται με τροφή πλούσια σε θερμίδες και πρωτεΐνες αλλά ρευστή τα γεύματα θα είναι μικρά και συχνά και θα λαμβάνεται φροντίδα να μη γίνονται εισροφήσεις προς τους πνεύμονες.^{0,0}

Γαστρίτιδα

Είναι η οξεία η χρόνια φλεγμονή του βλεννογόνου του στομάχου.

Η ταξινόμηση της γαστρίτιδας είναι δύσκολη διότι αν βασιστεί κανείς σε ιστολογικά και μόνο κριτήρια δεν υπάρχει «φυσιολογικός» βλεννογόνος στομάχου μετά από κάποια ηλικία. Σήμερα περιγράφονται οι ακόλουθοι τύποι γαστρίτιδας.

Οξεία γαστρίτιδα

Είναι η κοινότερη πάθηση του στομάχου. Συνήθως οφείλεται στην λήψη ουσιών που ερεθίζουν το βλεννογόνο, όπως είναι η ασπιρίνη τα μη στερινοειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα και το οινόπνευμα. Άλλοτε είναι απότοκη εγχειρήσεως στην περιοχή (λ.χ. γαστρεκτομή και παλινδρόμηση χολής στο γαστρικό κολόβωμα) Εμφανίζει συνήθως διαβρώσεις ή αιμορραγίες είναι δηλαδή διαβρωτική γαστρίτιδα.

Η οξεία γαστρίτιδα ή είναι συμπτωματική ή εμφανίζονται ήπια, ενοχλήματα (ανορεξία, ναυτία, επιγαστραλγία, όξινες ερυγές). Σε θεραπευτικούς διακόπτεται το ύποπτο φάρμακο ή το αλκοόλ.

Χρόνια Γαστρίτιδα

Η ταξινόμηση της έχει γίνει με ιστολογικά κυρίως κριτήρια. Είναι διαβρωτική και μη διαβρωτική. Επίσης είναι επιπολής (υπάρχει φλεγμονή μόνο του βλεννογόνου) και ατροφική (φλεγμονή όλων των τοιχωμάτων και ατροφία των εξειδικευμένων εκκριντικών κυττάρων θεμελίων, καλυπτήριων). Τέλος είναι νοσολογική (οφείλεται σε αυτοαντισώματα όπως συμβαίνει στην αναιμία του Βίβιτηβι-) του ελικοβακτηρίου του πυλωρού, που βρίσκεται στο 90% των βιοψιών του βλεννογόνου. Συνυπάρχει ή εξελίσσεται σε πεπτικό έλκος.

Η πάθηση είναι συνήθως ασυμπτωματική ή υπάρχουν ήπια δυσπεπτικά ενοχλήματα.

Η διάγνωση γίνεται ενδοσκοπικός και το ενδιαφέρον της έγκειται κυρίως στις νόσους με τις οποίες συνδυάζεται.

Οξεία Παγκρεατίτιδα

Η οξεία παγκρεατίτιδα είναι οξεία φλεγμονή, μη μικροβιακής αιτιολογίας του παγκρέατος, που οδηγεί σε αυτοκαταστροφή (αυτοπεψία) του οργάνου.

Αίτια. Τα κυριότερα αίτια της νόσου είναι η χολοκυστοπάθεια (χολοκυστίτιδα - χολολιθίαση) σε ποσοστό περίπου 50% ο αλκοολισμός (20%) και διάφορα άλλα γνωστά (υπερλιπιδαιμία φάρμακα και η άγνωστα αιτίας).

Ο ακριβής μηχανισμός με τον οποίο τα παραπάνω αίτια δημιουργούν την οξεία παγκρεατίτιδα δεν είναι γνωστά. Το πάγκρεας εκκρίνει τα ένζυμα του σαν προένζυμα και αυτά ενεργοποιούνται στον εντερικό αυλό. Στην παγκρεατίτιδα η ενεργοποίηση αυτή συμβαίνει μέσα στο πάγκρεας και αφορά κυρίως τη θρυψίνη, η οποία ενεργοποιεί με τα υπόλοιπα ένζυμα με αποτέλεσμα την καταστροφή λόγω αυτοπεψίας του οργάνου.

Κλινική εικόνα. Η έναρξη είναι συνήθως απότομη με δυνατό άλγος στο επιγάστριο. Συχνά ακολουθεί εν πλούσιο γεύμα η μεγάλη κατανάλωση οινοπνεύματος. Συνοδεύεται συνήθως από ναυτία και εμετούς. Ο πόνος αντανακλά προς την κάτω κοιλιά και τη ράχη και είναι αποτέλεσμα της διατάσεως της παγκρεατικής κάψας από το οίδημα.

Άλλα πιθανά συνωδά συμπτώματα του πόνου είναι ο παραλυτικός ειλεός, ένας «μικρός» ίκτερος, ο πυρετός η οξεία νεφρική ανεπάρκεια και οι διαταραχές από το

αναπνευστικό σύστημα (ταχύπνοια κυάνωση) που οφείλονται σε διάφορους μηχανισμούς (η νεφρική ανεπάρκεια λχ στη συνυπάρχουσα υποογκαιμία λόγω της εξαγγείωσης αίματος ο ίκτερος στην υπάρχουσα χολοκυστοπάθεια, ο πυρετός στη νέκρωση, η δύσπνοια στην καταστροφή της επιφανοεί ο δραστικής ουσίας κοκ). Σε βαριές επιπτώσεις αναπτύσσονται με τα γνωστά επακόλουθα (υπόταση ταχυκαρδία κλπ). οφείλεται στην υποογκαιμία και στην αυξημένη παραγωγή και απελευθέρωση αγγειοδραστικών ουσιών (λ.χ. κινίνων).

Πιθανές άμεσες ή απώτερες επιπλοκές της νόσου είναι η δημιουργία παγκρεατικού αποστήματος παγκρεατικής ψευδοκύστεως ή παγκρεατικού ασκίτη. Στο αίμα υπάρχει λευκοκυττάρωση και υπασβεστιαϊμία (σχηματισμός ασβεστοσαπώνων στα σημεία της νεκρώσεως).

Κατά την κλινική εξέταση η κοιλιά είναι διατεταγμένη και ευαίσθητη, δεν υπάρχει όμως η μυϊκή σύσπαση της περιτονίτιδας. Η διάγνωση θα γίνει με τη διάσωση αυξήσεως της αμυλάσης (διάστασης του ορού και των ούρων - αν αυτές παραμένουν υψηλές μετά τις 3- 4 ημέρες επιπλοκής (λ.χ. ψευδοκύστης) το υπερηχογράφημα και η αξονική τομογραφία γίνονται όπου είναι αναγκαίο για την επιβεβαίωση της διαγνώσεως

Θεραπεία: Έχει τους εξής κυρίως στόχους: α) την καταπολέμηση του πόνου. Γίνεται με ενέσεις, πεθιδίνης (100ml) και όχι μορφίνης, που συσπά το σφικτήρα του Oddi και ευνοεί την παλινδρόμηση της χολής προς τον παγκρεατικό πόρο, που πιθανώς συμβάλλει στην ενεργοποίηση των ενζύμων του παγκρέατος.

Β. Η καταπολέμηση του σοκ. Περνά κεντρικός φλεβικός καθετήρας ώστε να εξασφαλίζεται η χορήγηση των απαραίτητων υγρών και ηλεκτρολυτών

γ. καταπολέμηση των διαταραχών της αναπνοής (χορήγηση οξυγόνου η μηχανική υποβοήθηση της αναπνοής).

Δ. Η λοιπή θεραπεία είναι συμπτωματική: μεταγγίσεις αίματος σε αναιμία, ρινογαστρικός καθετήρας αναρροφήσεως σε ειλεό αντιβιοτικά σε πυρετό, κ.ο.κ.

Η χειρουργική επέμβαση επιφυλάσσεται για τις περιπτώσεις κατά τις οποίες υπάρχει παγκρεατικό απόστημα ή πυώδης χολοκυστίτιδα.

Κατά τη νοσηλεία του αρρώστου η τροφή θα διακοπεί έως ότου υποχωρήσουν οι πόνοι, η κοιλιακή ευαισθησία και ο πυρετός. Θα τοποθετηθεί ουροκαθετήρας για την παρακολούθηση των αποβαλλόμενων υγρών. Η οξεία παγκρεατίτιδα είναι βαριά πάθηση και θα πρέπει να παρακολουθούνται τα κλινικά και παρακλινικά σημεία τα οποία υποδηλώνουν τη βαρύτητα της και την παρουσία κάποιας επιπλοκής. Μετά την πάροδο της

παγκρεατίτιδας θα αναζητηθεί η αιτία της και θα θεραπευτεί όπου είναι δυνατόν ώστε να αποφευχθούν οι υποτροπές.⁰

Χρόνια παγκρεατίτιδα

Πρόκειται για χρόνια φλεγμονή του παγκρέατος η οποία στα αρχικά στάδια καταστρέφει την εξωκρίστη μοίρα και στα τελικά και την ενδοκρινή. Ιστολογικά χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη ινώδους συνδετικού ιστού που καταστρέφει το παρέγχυμα ενώ σε μερικές περιπτώσεις εναποτίθεται και ασβέστιο (ασβεστοποιός παγκρεατίτιδα).

Το κυριότερο αίτιο είναι ο αλκοολισμός και κατά δεύτερο λόγο η χολοκυστοπάθεια. Αλλά σπανιότερα αίτια είναι ο υπερπαραθυρεοειδισμός, η ινοκυστική νόσος, διαιτητικοί παράγοντες κα.

Κλινική εικόνα: Υπάρχει μόνιμος σχεδόν πόνος στο επιγάστριο με υφέσεις και εξάρσεις, συμπτώματα δυσαπορρόφησης (στεατόρροια κλπ) και απώλεια βάρους. Σε προχωρημένα στάδια εμφανίζεται και σακχαρώδης διαβήτης που επιβαρύνει περισσότερο την ήδη κακή γενική κατάσταση του πάσχοντα. Αν ο ινώδης ιστός αποφράξει και το χοληδόχο πόρο θα εμφανιστεί ίκτερος.

Η διάγνωση θα γίνει από την κλινική εικόνα και θα επιβεβαιωθεί: α) με απλή ακτινογραφία κοιλιάς στην οποία πιθανώς θα φανούν οι αποτιτανώσεις του οργάνου, β) με το υπερηχογράφημα και την αξονική τομογραφία, γ) τις λειτουργικές δοκιμασίες που αποκαλύπτουν της παγκρεατικής ανεπάρκειας και δ) την εξέταση των κοπράνων για την επιβεβαίωση της στεατορροιας.

Θεραπεία: χορηγούνται παγκρεατικά ένζυμα σε μορφή δισκίων σε επαρκή δόση (να περιέχουν λ.χ. 10.000 ΔΜ λιπάσης. Ο πόνος αντιμετωπίζεται, αν είναι δυνατόν, όχι με ναρκωτικά για το φόβο εθισμού. Η διαίτα θα είναι θρεπτική αλλά πτωχή σε λίπος. Σε αντιθετικές περιπτώσεις δοκιμάζεται η χειρουργική επέμβαση για την υποβοήθηση της ομαλής ροής του παγκρεατικού υγρού αν λ.χ. υπάρχουν στενώσεις στην περιοχή. Ο άρρωστος μπορεί γενικά να ζει μια υποφερτή ζωή αν αποφεύγει το οινόπνευμα.⁰

Αλκοολική Ηπατίτιδα

Η αλκοολική ηπατίτιδα είναι η οξεία η χρόνια φλεγμονή του ήπατος, η οποία προέρχεται από βλάβη των υπατικών κυττάρων από λήψη οινοπνεύματος.

Το αλκοόλ μεταβολίζεται αποκλειστικά στο ήπαρ και μετατρέπεται αρχικά σε ακετάλευση και τελικά μετά από σειρά ενδιάμεσων προϊόντων σε CO_2 και νερό. Η ανάπτυξη της αλκοολικής ηπατίτιδας είναι συνάρτηση της ποσότητας του αλκοόλ που λαμβάνεται την ημέρα και στο χρόνο «Ασφαλή» θεωρούνται ως 40§ οινόπνευματος ημερησίως για τον άνδρα και 20 για την γυναίκα. Το 80% των αρρώστων δεν αναπτύσσουν συμπτώματα πριν από 5 χρόνια καταναλώσεως της ουσίας. Το οινόπνευμα ενδέχεται να προκαλέσει τις παρακάτω ιστολογικές βλάβες στο ήπαρ: α) λιπώδη διήθηση: χαρακτηρίζεται από εναπόθεση τριγλυκεριδίων και άλλων λιπών στο ηπατικό παρέγχυμα. Είναι η συνηθέστερη αλκοολική βλάβη, η οποία και υφίεται σαν γίνει έγκαιρη διακοπή της λήψης οινόπνευματος, β) Αλκοολική Ηπατίτιδα. Σ' αυτήν υπάρχουν εστίες νεκρώσεως των ηπατικών κυττάρων, γ) Κίρρωση ήπατος, δ) Αιμοσιδήρωση: Εναπόθεση δηλαδή σιδήρου στο ηπατικό παρέγχυμα.

Κλινική εικόνα: Αυτή ποικίλλει ανάλογα με το είδος και το βαθμό της ηπατοκυτταρικής βλάβης. Στη λιπώδη διήθηση, συνήθως δεν υπάρχουν συμπτώματα, εκτός από διόγκωση του ήπατος. Στην αλκοολική ηπατίτιδα μπορεί να υπάρχει απώλεια βάρους, ίκτερος και σημεία χρόνιας ηπατικής ανεπάρκειας. Ίδια αλλά σοβαρότερα συμπτώματα υπάρχουν στην κίρρωση.

Η διάγνωση θα πρέπει να βασιστεί στο ιστορικό (κατάχρηση οινόπνευματος) κλινική εξέταση (διόγκωση ήπατος, ενδεχομένως ασκητής) και από τα εργαστηριακά ευρήματα. Αξιόπιστος δείκτης είναι όπως αναφέρθηκε η αύξηση της ΥβΤ. Υπάρχουν ενδεχομένως και τα άλλα εργαστηριακά ευρήματα της χρόνιας ηπατικής ανεπάρκειας (παράταση του χρόνου προθρομβίνης ελάττωση αλβουμίνης κλπ).

Θεραπεία. Ο ακρογωνιαίος λίθος της θεραπευτικής αγωγής είναι η διακοπή της λήψης του οινόπνευματος. Σημαντική βοήθεια προσφέρει και η καλή διατροφή ενώ οι μείζονες εκδηλώσεις της ηπατικής ανεπάρκειας (ασκητής, ηπατικό κώμα κλπ) αντιμετωπίζοντας όπως αναφέρεται στο κεφάλαιο της κίρρωσεως του ήπατος.^{0, 0}

Επιπτώσεις του αλκοόλ στο δέρμα

Το οινόπνευμα είναι αγγειοδιασταλτικό. Έτσι δημιουργεί απώλεια θερμότητας από τους ιστούς του σώματος με αποτέλεσμα την υποθερμία όταν υπάρχει ψυχρό περιβάλλον.

Καρδιά

Μεγάλη κατάχρηση οινοπνεύματος προκαλεί καρδιομυοπαγεία από υποθρεψία χαρακτηριζόμενη από εξασθένηση και βλάβη του καρδιακού μυϊκού ιστού που οφείλεται σε έλλειψη απαραίτητων διατροφικών στοιχείων (π.χ. βιταμίνες) από την καρδιά.

Όργανα αναπαραγωγής

Άνδρες: Το οινόπνευμα μπορεί να προκαλέσει ανικανότητα.

Ελαττώνεται η ικανότητα διατήρησης της στύσης γιατί καταστέλλονται τα αντανακλαστικά της στύσης και της εκσπερμάτωσης.

Έγκυες: Βλάβες στο έμβρυο όταν πίνουν στην εγκυμοσύνη τους. Είναι διουρητικό: Προκαλεί αυξημένη απώλεια νερού από το σώμα λόγω της μεγάλης ποσότητας των ούρων και των συχνών ουρήσεων.

Μύες

Απώλεια μυϊκής μάζας, αδυναμία, αίμα: Λήψη μεγάλων ποσοτήτων οινοπνεύματος προκαλεί ταχεία ελάττωση σακχάρου στο αίμα. Αυτό μπορεί να οδηγήσει μετά από ώρες σε υπογλυκαιμία ώστε να νιώθει έντονη αδυναμία.

Αλκοολική κίρρωση Ήπατος

Η κίρρωση του ήπατος (από το κύρος = κιτρινωπός) είναι χρόνια και ανεπανόρθωτη βλάβη του οργάνου, η οποία χαρακτηρίζεται από διάχυτη ανάπτυξη ινώδους ιστού, ο οποίος διαχωρίζει και καταστρέφει τα ηπατικά λόβια, δημιουργώντας αναγεννητικά ξίδια από τα εναπομένοντα ηπατικά κύτταρα. Αποτελεί την τελική κατάληξη πολλών ηπατοπαθειών.

Απόπειρες ταξινόμησης των κίρρωσεων έχουν γίνει πολλές αλλά καμία δεν είναι απολύτως ικανοποιητική, όπως άλλωστε συμβαίνει και με άλλες παθήσεις πολλαπλής αιτιολογίας. Τις κλινικές ανάγκες ικανοποιεί η διαίρεση τις παρακάτω μορφές Αλκοολική, Μετανεκρωτική ή κρυψιγενής, χολική, καρδιακή.

Αλκοολική. Είναι η παλιά ατροφική κίρρωση του Laennec ποσότητες οινοπνεύματος άνω των 40-80γρ. ημερησίως για 10-15 χρόνια θεωρούνται επικίνδυνα για την ανάπτυξη αλκοολικής κίρρωσης. Παρά ταύτα και με το ποσό αυτό ένα σχετικά μικρό ποσοστό ατόμων καταλήγει σε κίρρωση, πράγμα που σημαίνει ότι ίσως και άλλοι παράγοντες (διαιτητικοί, κληρονομικά κλπ) συμμετέχουν την παθογένεια της Παθολογοανατομικώς, το

ήπαρ είναι ατροφικό και μικτώδες. Οι ασθενείς εμφανίζουν διάγνωση Ύπατος ασκήτη, ίκτερο, ενδοκρινές διαταραχές (απώλεια, libido, ελάττωση τριχώσεως κλπ) αιμορραγική διάθεση και διόγκωση του σπλήνα με παράπλευρη κυκλοφορία (κεφαλή μέδουσας κλπ). Ο παρακλινικός έλεγχος θα αποκαλύψει τα βιοχημικά ευρήματα που αναφέρθηκαν ανάλογα με το είδος της υπατικής βλάβης λ.χ. παράταση του χρόνου προθρομβίνης, ελάττωση της αλβουμίνης λόγω ανεπάρκειας του ηπατικού κυττάρου, αύξηση τρανδαμιναδών λόγω νεκρώσεων των ιδίων κυττάρων αύξηση της αλκαλικής φωσφατάσης και της ΥÜT λόγω ηπατικής αποφράξεως κλπ.

Θεραπεία. Στα γενικά μέτρα στην κίρρωση του ήπατος θα συσταθούν αποχή απόλυτη από το οινόπνευμα, ανάπαυση στο κρεβάτι σε περιόδους εξάρσεως και η δίαιτα θα είναι πλούσια κυρίως σε πρωτεΐνες. Επιθυμητή είναι και η χορήγηση βιταμινών.

Αλκοολική πολυνευρίτιδα

Πρόκειται για νευρίτιδα που παρατηρείται σε άτομα τα οποία κάνουν υπερβολική χρήση αλκοόλης και συγχρόνως δεν διατρέφονται καλά. Η κλινική εικόνα είναι της συμμετρικής πολυνευρίτιδας με παραισθήσεις άλγη, κράμπες (ιδιαίτερα των κάτω άκρων) αταξία και μυϊκή αδυναμία. Η θεραπεία συνιστάται σε άφθονη χορήγηση τροφής και βιταμινών Β.⁰

Στην πολυνευρίτιδα συνιστάται κατάγλιση και ήπια φυσιοθεραπεία στην αρχική φάση κυρίως με παθητικές κινήσεις. Συγχρόνως τοποθετούνται τα άκρα σε κατάλληλες θέσεις έτσι ώστε να μην προκαλούνται μόνιμες συσπάσεις. Αργότερα η φυσιοθεραπεία εντατικοποιείται. Σε πόνους χρησιμοποιούνται ήπια αναλγητικά και ξηρή ή υγρή θερμότητα. Η φροντίδα του δέρματος και της κύστης έχει μεγάλη σημασία. Η δίαιτα του αρρώστου πρέπει να περιλαμβάνει τροφές πλούσιες σε βιταμίνες της σειράς Β. Χορήγηση των βιταμινών αυτών από το στόμα η και παρεντερικά σε υψηλές δόσεις απαραίτητη, ιδιαίτερα στις αλκοολικές νευρίτιδες. Απαραίτητο είναι να ελέγχονται μεταβολικές διαταραχές που προκάλεσαν την νόσο και να καταπολεμούνται οι εστιακές λιμώξεις. Σε νευρίτιδες από βαρέα μέταλλα χορηγούνται χειλικοί παράγοντες. Σε νόσους του κολλαγόνου χρησιμοποιείται κορτιζόνη η ACTH. Κορτινοειδή χρησιμοποιούνται επίσης σε πολυνευρίτιδες που οφείλονται σε ανοσοβιολογικούς παράγοντες όπως στη μεταλοιμωση πολυνευρίτιδα (σύνδρομο Guuillain Borre). Στις καταστάσεις αυτές έχουν επίσης χρησιμοποιηθεί ανοδοκατασταλτικά και πλασφαφαίρεση.

Ηπατικό κώμα

Συμβαίνει στο τελικό στάδιο κίρρωσης ήπατος λόγω καταστροφής του ηπατικού κυττάρου από ποικιλία αιτιών όπως λοιμώδη ηπατίτιδα αλκοολισμό, φάρμακα. Ο Αλκοολισμός προσβάλλει το ΝΑ και κυρίως τον εγκέφαλο με ποικιλία διαταραχών συνείδησης μέχρι κώματος.

Επιληψία

Η επιληψία είναι μια διαλείπουσα διαταραχή της εγκεφαλικής λειτουργίας παροδική που αρχίζει και τερματίζεται απότομα και συχνά συνοδεύεται από κινητικά ή αισθητικά φαινόμενα.

Χαρακτηρίζεται από παθολογική ηλεκτρική δραστηριότητα στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα ενώ οι κλινικές εκδηλώσεις είναι ποικίλες και κυμαίνονται από τους γενικευμένους μέχρι την παροδική στιγμιαία αφαίρεση. Το υπόστρωμα της νόσου.

Ο ανθρώπινος εγκέφαλος ποικίλλει στην τάση του να προκαλεί σπασμούς. Σε μερικά άτομα ένα μικρό ερέθισμα (όπως η παρατεταμένη στέρηση ύπνου ή η χαμηλή στάθμη της γλυκόζης στο αίμα) θα προκαλέσει επιληπτική δραστηριότητα ενώ σε άλλα άτομα ακόμη και με έντονα ερεθίσματα δεν παρατηρείται τέτοια δραστηριότητα.⁰

Αιτιολογική ταξινόμηση

Ιδιοπαθής

1. Κεντρεγκεφαλική. Συμβαίνουν μεγάλοι σπασμοί. Το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα δείχνει συμμετρική παροξυσμική δραστηριότητα με υψηλά δυναμικά.
2. Μικρή επιληψία. Αρχίζει στην παιδική ηλικία. Υπάρχουν προσβολές παροδικής αφαίρεσης που μερικές φορές συνοδεύονται από μυοκλονικά τινάγματα και πτώση στο έδαφος. Το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα δείχνει χαρακτηριστική εικόνα.
3. Αβέβαιη. Σ' αυτή την ομάδα δεν υπάρχει συχνά κλινική ή ηλεκτροεγκεφαλογραφική μαρτυρία.

Στους τύπους (1) και (2) υπάρχει συχνά θετικό οικογενειακό ιστορικό επιληψίας.

Συμπτωματική

1. Εστιακή εγκεφαλική βλάβη

Απόστημα Όγκος (πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής) έμφρακτο. Μετά από τραυματισμό

2. Μεταβολικές διαταραχές

Ανορεξία πχ προσβολές Adams Stokes. Αυτές είναι παροδικά επεισόδια εγκεφαλικής ισχαμψίας που ακολουθούν την ασυστολία ή τη μεγάλη βραδυκαρδία.

Υπογλυκαιμία

Υποσβεστιαμία

Απότομο σταμάτημα της λήψης κάποιου φάρμακου πχ βαρβιτουρικών ή οιοπνεύματος.

Ενδογενείς τοξίνες- πχ στην ουραιμία.

Εξωγενείς δηλητηριάσεις πχ μόλυβδος

3. Άλλα αίτια Εγκεφαλίτιδα

Μηνιγγίτιδα- οξεία και χρόνια Πυρετικοί σπασμοί στα παιδιά Προφυρία.

Ψυχιατρική πλευρά

Ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα είναι οι αλκοολικές ψυχώσεις α) οξύ ψυχωσικό επεισόδιο: Αποτέλεσμα παθολογικής μέθης που η διάρκεια της φθάνει περί το 24ωρο. Το άτομο εκτός από την γνωστή εικόνα της μέθης εμφανίζει έντονη ψυχοκινητική διέγερση, διανοητική σύγχυση, ψευδαισθήσεις και παραλήρημα. Καταλήγει συνήθως σε κώμα και ακολουθεί αμνησία του ψυχωσικού επεισοδίου β) οξείες ή υποζείες ψυχώσεις, αποτέλεσμα Ύγρονιου αλκοολισμού .Ελκύονται άλλοτε μετά από υπερβολική λήψη οιοπνεύματος και άλλοτε κατά τη διαδρομή ενός λοιμώδους νοσήματος ή απότομου στερήσεως του οιοπνεύματος. Είναι βαρύτερες από τις προηγούμενες ως προς την ένταση και την διάρκεια (διαρκούν ημέρες ή εβδομάδες) και προεξάρχει το στοιχείο του ονειρισμού. Μεταξύ των παρατηρούμενων ψευδαισθήσεων χαρακτηριστικές είναι οι ζωοψίες. Αν δεν αντιμετωπισθούν γρήγορα και αποτελεσματικά είναι δυνατόν να εξελιχθούν σε τρομώδες παραλήρημα (διανοητική σύγχυση διέγερση, τρόμος, υπερπυρεξία, ταχυκαρδία, αφυδάτωση, αζωθαιμία και γενικότερη διαταραχή πρωτεϊνών και ηλεκτρολυτών και να καταλήξουν σε θάνατο. Άλλοτε η εξέλιξη είναι μια ψυχοπολυνευρίτιδα η συνδρόμου Κα¹<οίΤ).γ)

Χρόνιες ψυχώσεις, αποτέλεσμα χρόνιου αλκοολισμού.Εδώ προεξάρχουν οι παραληρητικές ιδέες και οι ψευδαισθήσεις. Το ζηλοτυπικό παραλήρημα. Είναι χαρακτηριστικό σύμπτωμα της αλκοολικής ψυχώσεως. Συχνά εξελίσσονται σε μια ανοϊκή ψευδο-ανοϊκή κατάσταση. ι αλκοολικές ψυχώσεις αντιμετωπίζονται σαν οργανικά ψυχοσύνδρομα.⁰0

Ειδικό μέρος

Μεθοδολογία

Σκοπός

Να εκτιμηθεί η επίπτωση της πολύ-νοσηρότητας για πιθανή αύξηση του 10-ετούς καρδιαγγειακού κινδύνου σε κατοίκους που διαμένουν στην Κοινότητα.

Σχεδιασμός και δείγμα της μελέτης

Πρόκειται για μια περιγραφική μελέτη στην οποία το δείγμα είναι δείγμα ευκολίας και πραγματοποιήθηκε με την χρήση έγκυρων εργαλείων με την μέθοδο της προσωπικής συνέντευξης. Η έρευνα διεξήχθη κατά το χρονικό διάστημα 3 μηνών (Οκτώβριο - Δεκέμβριο 2016) και διενεργήθηκε σε 4 Κέντρα Υγείας (ΚΥ) της Κρήτης. Η διεξαγωγή των συνεντεύξεων γινόταν συνήθως δύο με τρεις φορές την εβδομάδα. Το δείγμα αποτέλεσαν 389 τυχαία άτομα, που προσήλθαν στα ΚΥ για οποιοδήποτε λόγο (συνταγογράφηση, εξέταση, συνοδεία). Τα κριτήρια συμμετοχής στην μελέτη ήταν η ηλικία άνω των 40 ετών, η ικανότητα της ανάγνωσης, η αμοιβαία συνεννόηση της ελληνικής γλώσσας και η συγκατάθεσή τους για να συμμετάσχουν στην μελέτη. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για τον σκοπό της μελέτης και αφού συναίνεσαν προφορικά για την συμμετοχή τους πραγματοποιήθηκε η ανώνυμη προσωπική συνέντευξη του κάθε συμμετέχοντα με τον ερευνητή. Κάθε ερωτώμενος είχε την επιλογή να αρνηθεί τη συμμετοχή του στην έρευνα.

Ανάλυση μελέτης

Η συνοσηρότητα (comorbidity) αξιολογήθηκε με τη χρήση του δείκτη Charlson Index. Ο δείκτης Charlson Comorbidity Index, (CCI), ο προβλέπει το δεκαετές προσδόκιμο επιβιώσεως ενός ασθενούς, ο οποίος εμφανίζεται με μια πλειάδα συνοσηρότητων.

Ειδικότερα, κάθε μία από τις παθολογικές καταστάσεις βαθμολογούνται με 1 βαθμό, εκτός εάν ορίζεται διαφορετικά. Τα scores αθροίζονται και έτσι ορίζεται ο σχετικός κίνδυνος θανάτου. Για ειδικότερη βαθμονόμηση CCI υπολογίζεται ο δείκτης "I". Εάν στο score της

ηλικίας (<40': 0 βαθμοί, 41-50: 1 βαθμός, 51-60: 2 βαθμοί, 61-70: 3 βαθμοί 71-80: 4 βαθμοί) προστεθούν οι βαθμοί της συνοσηρότητας. Ακολούθως υπολογίζεται η παράμετρος $Y=e(I*0.9)$ και τέλος υπολογίζεται ο $Z=0.983*Y$, όπου Z είναι το προσδόκιμο 10-ετούς επιβιώσεως. Για την πρόβλεψη των καρδιαγγειακών κινδύνων και των παραγόντων καρδιαγγειακών κινδύνων που αφορούν την έρευνα χρησιμοποιήθηκε το ευρέως χρησιμοποιημένο και αποδεκτό εργαλείο εκτίμησης Heart Score.⁰

Το Heart Score προβλέπει την πιθανότητα ενός ατόμου να υποστεί καρδιακό σύμβαμα στα επόμενα 10 χρόνια. Αυτό το εργαλείο έχει σχεδιαστεί για ενήλικες ηλικίας 40 ετών και άνω οι οποίοι που δεν έχουν καρδιακή νόσο ή διαβήτη. Περιλαμβάνει 6 ερωτήσεις σχετικά με την ηλικία, το φύλο, την καπνιστική συνήθεια και την LDL ή ολική χοληστερόλη. Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα από τους Panagiotakos και συνεργάτες (2007).⁰

Το στρες αξιολογήθηκε με το ερωτηματολόγιο Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS)⁰, το οποίο εκτιμά την σοβαρότητα βασικών συμπτωμάτων της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες. Εξετάστηκαν για την κατάθλιψη οι κατηγορίες normal με τιμές (0-4), mild με τις τιμές (5-6), moderate με τις τιμές (7-10), severe με τις τιμές (11-13), extremely severe με τις τιμές (14+). Για το άγχος εξετάστηκαν οι κατηγορίες normal με τις τιμές (0-3), mild με τις τιμές (4-5), moderate με τις τιμές (6-7), severe με τις τιμές (8-9), extremely severe με τις τιμές (10+). Για το στρες εξετάστηκαν οι κατηγορίες normal με τις τιμές (0-7), mild με τις τιμές (8-9), moderate με τις τιμές (10-12), severe με τις τιμές (13-16), extremely severe με τις τιμές (17+). Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα από τους Andreou και συνεργάτες (2011)⁰, και βρέθηκε να έχει δείκτη αξιοπιστίας Cronbach alpha (α)=0.82 για το συνολικό ερωτηματολόγιο.

Τέλος, όσον αφορά το αλκοόλ στα ερωτηματολόγια χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Audit⁰ το οποίο αφορά στην κατανάλωση αλκοόλ και υποδεικνύει αν αυτή είναι σε επίπεδα κατάχρησης. Συγκεκριμένα η κατηγοριοποίηση από την κατανάλωση του αλκοόλ ήταν αρχικά ως προς το είδος του ποτού, όπως κρασί, μύρα, ούισκι σύμφωνα με αυτή την διαφοροποίηση άλλαζε ο βαθμός περιεκτικότητας σε αλκοόλ. Επίσης υπολογίστηκε η ποσότητα στην κατανάλωση αλκοόλ και τα χρονικά διαστήματα στη χρήση αλκοόλ για τον κάθε ερωτώμενο. Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα από τους Moussas και συνεργάτες (2009) και βρέθηκε να έχει δείκτη αξιοπιστίας Cronbach alpha (α)=0.80

Καταγράφηκαν επίσης τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στη μελέτη καθώς και οι συνεκτιμημένοι παράγοντες κινδύνου BMI, οικογενειακό ιστορικό, υπέρταση και υπερ-τρυγλικεριδαιμία, με διχότομες απαντήσεις.

Ηθική και δεοντολογία

Για την διεξαγωγή της παρούσας μελέτης διασφαλίσθηκε έγγραφη άδεια από το διευθυντή του εκάστοτε ΚΥ. Όλοι οι συμμετέχοντες συναίνεσαν προφορικά μετά την ενημέρωσή τους για το σκοπό της μελέτης, ενώ τονίστηκε ότι η συμμετοχή τους ήταν προαιρετική. Δεν έγινε καμία παρέμβαση στους ερωτώμενους και τηρήθηκαν όλες οι αρχές ηθικής και δεοντολογίας που ισχύουν στην έρευνα.

Ανάλυση δεδομένων

Στο κύριο μέρος της ανάλυσης, όπου θα εξεταστεί η σχέση της σοβαρότητας συννοσηρότητας (βάση του Charlson) με τον δεκαετή κίνδυνο για cvd (βάσει του Framingham) αλλά και με τη σοβαρότητα της κατάθλιψης-άγχους-στρες (βάσει του DASS). Θα γίνει χρήση της ordinal logistic regression στο STATA MP ver.13. Ως πιθανοί συγχυτικοί παράγοντες για το μοντέλο με την Framingham scale, θα χρησιμοποιηθούν οι εξής: BMI (ως ποσοτική μεταβλητή) και το πρόβλημα κατανάλωσης αλκοόλ (βάσει της audit scale.) Και ως βασικοί συγχυτικοί παράγοντες για τα μοντέλα με την κατάθλιψη, το άγχος και το στρες, θα χρησιμοποιηθούν οι εξής: BMI (ως ποσοτική μεταβλητή), φύλο και ηλικία. Πραγματοποιήθηκαν επίσης οι κατάλληλοι στατιστικοί έλεγχοι για τη διερεύνηση τυχόν σχέσεων μεταξύ ορισμένων χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων και των scores των ερωτηματολογίων, ορίζονταν το επίπεδο σημαντικότητας στο 0.05. Σε όσες περιπτώσεις κρίθηκε αναγκαίο, έγινε χρήση exact tests ή Monte Carlo simulations (10000 samples). Στη συνέχεια προσαρμόστηκαν ordinal logistic regression models για τη διερεύνηση της σχέσης της συννοσηρότητας με το cvd risk αλλά και με την κατάθλιψη, το άγχος και το στρες, εισάγοντας και πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες.

Αποτελέσματα

Τα βασικά χαρακτηριστικά των ατόμων παρουσιάζονται στον **Πίνακα 1**. Πιο συγκεκριμένα από τα 389 άτομα το 47,3% ήταν άντρες, ενώ η μέση ηλικία ήταν τα 60,14 (11,23) έτη. Σύμφωνα με τη έρευνα ο Δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) κατά μέσο όρο ήταν 26.90 (4.09) και τα παχύσαρκα άτομα με ΔΜΣ>30 ήταν 19,5%. Η χοληστερίνη HDL είχε μέση τιμή 53.67 (9,51) mg/Dl ενώ η ολική χοληστερίνη 202.45 (35,83) mmol/L .

Πίνακας 1. Βασικά χαρακτηριστικά 389 συμμετεχόντων στη μελέτη

Μεταβλητές	Σύνολο		
Ηλικία (έτη)	60.14 ± 11.23		
ΔΜΣ	26.90 ± 4.09		
HDL χοληστερόλη (mg/Dl)	53.67 ± 9.51		
Ολική χοληστερόλη (mmol/L)	202.45 ± 35.83		
Συστολική αρτηριακή πίεση (mmHg)	130.00 (20.00)		
Υπερ-τριγλυκεριδαίμια (τιμές TG)	101.00 (56.50)		
	v	%	
Φύλο			
	Άνδρας	184	47.3
	Γυναίκα	205	52.7
Κάπνισμα			
	Ναι	153	39.3
	Όχι	236	60.7
Γνωστή καρδιαγγειακή νόσο			
	Ναι	75	19.3
	Όχι	314	80.7
Οικογενειακό ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου			
	Ναι	155	39.8
	Όχι	234	60.2
Αρτηριακή υπέρταση			
	Ναι	147	37.8
	Όχι	242	62.2
Παχυσαρκία (ΔΜΣ≥30)			
	Ναι	76	19.5
	Όχι	313	80.5

Η αρτηριακή πίεση κατά μέσο όρο ήταν 130 (20) mmHg, ενώ η τιμή των τριγλυκεριδίων ήταν 101.00 (56,50) mg/Dl . Τα άτομα με γνωστή καρδιαγγειακή νόσο ήταν 19.3%, τα άτομα με γνωστό οικογενειακό ιστορικό καρδιοπάθειας αποτέλεσαν το 39.8% και τα άτομα που γνώριζαν ότι είχαν υπέρταση ήταν 37,8% Σύμφωνα με τις προσωπικές απαντήσεις του κάθε ατόμου βρέθηκε ότι οι καπνιστές αποτέλεσαν το 39,8%.

Εκτίμηση 10-ετούς καρδιαγγειακού κινδύνου

Στον **πίνακα 2** παρουσιάζονται τα ποσοστά εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου. Στην έρευνα συμμετείχα 389 άτομα. Τα άτομα που είχαν <5% κίνδυνο να εμφανίσουν κάποιο καρδιαγγειακό πρόβλημα το ποσοστό στους άνδρες ήταν 22.8% ενώ στις γυναίκες 61.0%. Επιπλέον τα άτομα που είχαν $5\% \leq \text{risk} < 10\%$ είναι οι άνδρες 20.1% και οι γυναίκες 22.0%.

Πίνακας 2. Εκτίμηση 10-ετούς καρδιαγγειακού κινδύνου

<i>HEART Score risk (%)</i>	<i>N</i>	<i>Σύνολο</i>	<i>Άνδρες</i>	<i>Γυναίκες</i>
		<i>%</i>	<i>%</i>	<i>%</i>
<5%	167	42.9	22.8	61.0
$5\% \leq \text{risk} < 10\%$	82	21.1	20.1	22.0
$10\% \leq \text{risk} < 20\%$	97	24.9	37.5	13.7
$\geq 20\%$	43	11.1	19.6	3.4

Επίσης σημαντική παρουσιάζεται να είναι η διαφορά ανάμεσα στα δυο φύλα, καθώς το ποσοστό των ανδρών 37.5% ενώ των γυναικών είναι 13.7% και το σύνολο των δυο φύλων κατά μέσο όρο είναι 24.9%. Τέλος τα άτομα που είχαν $\geq 20\%$ πιθανότητες να παρουσιάσουν κάποιο καρδιαγγειακό νόσημα στους άνδρες ήταν 19.6%, στις γυναίκες 3.4% και κατά μέσο όρο των δύο φύλων είναι 11.1% $p\text{-value} (< 0.001)$

Εκτίμηση παρουσίας παραγόντων κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο

Στον **Πίνακα 3** παρουσιάζονται οι παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου. Πιο συγκεκριμένα από τα 389 άτομα που συμμετείχαν, ποσοστό 21,6 % λόγω της

υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ, παρουσίασε μεγαλύτερο κίνδυνο για εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου σε σχέση με άτομα που η κατανάλωση του αλκοόλ ήταν φυσιολογική. Επίσης σημαντική παρουσιάζεται να είναι και η διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα, καθώς το ποσοστό των ανδρών το οποίο αναφέρεται να έχει αυξημένο κίνδυνο λόγω της υπερβολικής κατανάλωσης του αλκοόλ ήταν 32,6% ενώ των γυναικών 11,7% ($p < 0.001$). Στη συνέχεια αξιολογήθηκε κατά πόσο επηρεάζει η ύπαρξη συνοσηροτήτων, την πιθανότητα εκδήλωσης καρδιαγγειακής νόσου.

Πίνακας 3. Εκτίμηση παρουσίας παραγόντων κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο

<i>Παράγοντες κινδύνου</i>	<i>N</i>	<i>Σύνολο %</i>	<i>Άνδρες %</i>	<i>Γυναίκες %</i>	<i>p-value</i>
Κατανάλωση αλκοόλ (AUDIT)					
Φυσιολογική Χρήση	305	78.4	67.4	88.3	<0.001
Επιβλαβής Χρήση (+8)	84	21.6	32.6	11.7	
Συνοσηρότητα (Charlson Comorbidity Index)					
0-1	61	15.7	12.0	19.0	0.156
2-4	196	50.4	53.3	47.8	
5+	132	33.9	34.8	33.2	
Κατάθλιψη (DASS)					
Φυσιολογικές Τιμές	275	70.7	70.1	71.2	0.914
Ήπιο	80	20.6	21.2	20.0	
Μέτρια	31	8.0	7.6	8.3	
Σοβαρή	3	0.8	1.1	0.5	
Πολύ Σοβαρή	0	0	0	0	
Άγχος (Dass)					
Φυσιολογικές Τιμές	181	46.5	46.2	46.8	0.129
Ήπιο	59	15.2	16.8	13.7	
Σοβαρή	48	12.3	15.8	9.3	
Πολύ Σοβαρή	24	6.2	5.4	6.8	
Στρές (Dass)	77	19.8	15.8	23.4	0.798
Φυσιολογικές Τιμές	351	90.2	90.8	89.8	

Ήπιο	12	3.1	3.8	2.4
Μέτριο	7	1.8	1.1	2.4
Σοβαρή	12	3.1	2.7	3.4
Πολύ Σοβαρή	7	1.8	1.6	2.0

Heart Score	Odds Ratio	Std.Err.	Z	P> z	[95% Conf. Interval]
-------------	------------	----------	---	------	----------------------

Για αυτή την μέτρηση χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης Charlson Comorbidity Index σύμφωνα με τον οποίο οι μετρήσεις έδειξαν ότι άτομα με 2-4 παθήσεις ήταν πιθανότερο να εμφανίσουν αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο έναντι ατόμων χωρίς συνοσηρότητα (50,4%). Επίσης άτομα με 5 ή περισσότερες παθήσεις (33,9 %) παρουσίασαν περισσότερες πιθανότητες να νοσήσουν από ότι άτομα με καμία συνοσηρότητα. Από την αξιολόγηση της κατάθλιψης ως παράγοντα κινδύνου διαπιστώθηκε ότι πολύ μικρό ποσοστό (0,8 %) αντιμετώπιζαν σοβαρή μορφή κατάθλιψης. Βρέθηκε ότι οι άνδρες αντιμετώπιζαν σε μεγαλύτερο ποσοστό σοβαρή κατάθλιψη (1,1%) συγκριτικά με τις γυναίκες (0,5 %) . Διαπιστώθηκε ότι 19,8 % από το σύνολο των ατόμων αντιμετώπιζαν πολύ σοβαρή μορφή άγχους ενώ ποσοστό 6,2 % απλά σοβαρή. Πιο συγκεκριμένα 5,4% των ανδρών είχαν σοβαρό άγχους σε σχέση με τις γυναίκες (6,8%) . Το 23,4% των γυναικών βρέθηκε ότι είχαν πολύ σοβαρή μορφή άγχους σε σύγκριση με τους άνδρες (15,8 %) . Τέλος , μέσα από το δείγμα του πληθυσμού , διαπιστώθηκε ότι γυναίκες με ποσοστό 3,4 % αντιμετώπιζαν στρες ενώ οι άνδρες 2,7% με συνολικό ποσοστό 3,1% μορφής σοβαρής μορφής στρες.

Διερεύνηση πολυνοσηρότητας και παραγόντων για καρδιαγγειακόκίνδυνο (HEART score)

Στον **Πίνακα 4** διερευνάτε η πολυνοσηρότητα και οι παράγοντες για καρδιαγγειακό κίνδυνο. Όπως διαπιστώθηκε άτομα με υψηλή συνοσηρότητα 5 και πάνω (σαχαρώδη διαβήτη , χρόνια πνευμονοπάθεια, έμφραγμα μυοκαρδίου, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια) έχουν 2,6 φορές περισσότερο κίνδυνο να αποκτήσουν κάποιο καρδιαγγειακό νόσημα τα επόμενα 10 χρόνια συγκριτικά με άτομα που δεν είχαν συνοσηρότητα (p<0,001).

Πίνακας 4. Διερεύνηση πολυνοσηρότητας και παραγόντων για καρδιαγγειακό κίνδυνο (Heart Score)

Charlson	Κατηγορίες Αναφοράς					
Mild to Moderate	1.291589	.371351	0.89	0.373	.7351763	2.26912
Severe	2.663951	.804069	3.25	0.001	1.474366	4.813347
Audit	Κατηγορίες Αναφοράς					
8+	1.852441	.4170721	2.74	0.006	1.191512	2.879984
BMI>30	1.063332	.0247799	2.64	0.008	1.015857	1.113026

Στη συνέχεια διαπιστώθηκε ότι η κατανάλωση αλκοόλ σε μεγάλες ποσότητες (8+) ποτήρια είναι σημαντικός παράγοντας και τα άτομα έχουν 1,8 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο από τους υπόλοιπους να εμφανίσουν μελλοντικά καρδιαγγειακό νόσημα σε σύγκριση με τα άτομα του πληθυσμού που δεν καταναλώνουν αλκοόλ ($p < 0,006$). Τέλος άτομα με υψηλό ΔΜΣ (>30) έχουν 1,06 φορές περισσότερες πιθανότητες για καρδιαγγειακό κίνδυνο σε σύγκριση με τα άτομα με χαμηλό ΔΜΣ (>30) που έχουν 0,02 φορές πιθανότητες ($p < 0,008$).

Συζήτηση

Στην παρούσα συγχρονική μελέτη διερευνήθηκε η επίδραση της πολύ-νοσηρότητας για πιθανή αύξηση του 10-ετούς καρδιαγγειακού κινδύνου σε κατοίκους που διαμένουν στην κοινότητα. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν όσον αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, ότι η ηλικία ($60,14 \pm 11,23$), το φύλλο όπου οι άντρες ήταν περισσότεροι (47,3%), η γνωστή καρδιαγγειακή νόσος (19,3%) και το οικογενειακό ιστορικό (39,8%), διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο. Σύμφωνα με το ερευνητικό εργαλείο Heart Score Risk (%), οι συμμετέχοντες στην έρευνα που κατείχαν score 10% < risk < 20% και οι συμμετέχοντες που κατείχαν score $\geq 20\%$ είχαν p -value $< 0,001$, διέτρεχαν κίνδυνο ανάπτυξης καρδιαγγειακού νοσήματος σε 10 χρόνια. Σημαντικό αποτέλεσμα έδειξε ως παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη καρδιαγγειακής νόσου η κατανάλωση αλκοόλ με p -value $< 0,001$, ενώ στην κατηγορία που υπήρχε πρόβλημα κατάχρησης (+8) υπήρχε συσχέτιση με p -value 0,006. Παράγοντες όπως το άγχος, το στρές και η κατάθλιψη δεν έδειξαν σημαντική συσχέτιση.

Επίσης στη διερεύνηση της πολύ-νοσηρότητας, ως παράγοντας για καρδιαγγειακό κίνδυνο με βάση το ερευνητικό εργαλείο Charlson Comorbidity Index, στη σοβαρή κλίμακα παρατηρείται σημαντική συσχέτιση με p -value 0,001. Τέλος οι συμμετέχοντες της έρευνας

που είχαν Δείκτη Μάζας Σώματος (BMI) ≥ 30 , είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα για καρδιαγγειακό κίνδυνο με p-value 0,008. Παρόμοια αποτελέσματα έδειξε η μελέτη με τίτλο (Risk factors of coronary heart disease among medical students in King Abdulaziz University, Jeddah, Saudi Arabia) που έγινε στην ανατολική περιοχή της KSA το 26% των συνολικών θανάτων αποδόθηκαν σε CVDs (27% των θανάτων ήταν άντρες και 23,5% γυναίκες). Το κάπνισμα, η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η υψηλή πρόσληψη διαιτητικού λίπους και η έλλειψη σωματικής άσκησης έχουν τεκμηριωθεί ως ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη της στεφανιαίας νόσου.⁰

Άλλη μελέτη με τίτλο (Ethnicity and risk of cardiovascular disease (CVD) 4.8 year follow-up of patients with type 2 diabetes living in Scotland) αναφέρει ότι τα καρδιαγγειακά νοσήματα (CVD): είναι μία από τις κύριες αιτίες θανάτου σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και πάνω από το 60% των ατόμων που έχουν αυτό το συνδυασμό πεθαίνουν από έμφραγμα του μυοκαρδίου ή εγκεφαλικό επεισόδιο.

Επιπλέον αναφέρει ότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος καρδιαγγειακής νόσου σε Πακιστανούς σε σύγκριση με τα λευκά άτομα που πάσχουν από διαβήτη τύπου 2 και ζουν στη Σκωτία. Ακόμη ανέδειξε ότι για πρώτη φορά σε έναν πληθυσμό με διαβήτη αυξημένος κίνδυνος παραμένει, ακόμη και μετά την πλήρη στατιστική προσαρμογή ως προς το BMI, τον τρόπο ζωής, και τους παράγοντες της νόσου. Ανεξάρτητα από την επίδραση της ηλικίας και την ηλικία της διάγνωσης του διαβήτη, τα ποσοστά της καρδιαγγειακής νόσου διέφεραν μεταξύ των διαφόρων εθνοτικών ομάδων. Όσοι είχαν αναπτύξει πρόσφατα διαβήτη και ήταν πακιστανικής καταγωγής είχαν αυξημένο ποσοστό της καρδιαγγειακής νόσου σε όλες τις ηλικίες σε σύγκριση με τη λευκή και την κινέζικη φυλή. Μέσα στην ίδια ηλικιακή κατηγορία, Πακιστανοί είχαν αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου σε σχέση με το λευκό πληθυσμό (HR 1,45 [CI 1,14, 1,85], p = 0,002) και αυτό ήταν εμφανές για όλες τις ηλικίες άνω των 41. Επιπλέον, Πακιστανοί με διαβήτη φαίνεται να έχουν την ίδια συχνότητα εμφάνισης της καρδιαγγειακής νόσου περίπου 10 χρόνια νωρίτερα από ότι οι λευκοί ή οι κινέζοι.⁰

Επιπρόσθετα μια ακόμα μελέτη πιλοτική πρόβλεψης καρδιαγγειακού κινδύνου στην υποσαχάρια Αφρική, με τίτλο (Cardiovascular disease risk prediction by the American College of Cardiology (ACC)/ American Heart Association (AHA) Atherosclerotic Cardiovascular Disease (ASCVD) risk score among HIV-infected patients in sub-Saharan Africa), απέδειξε, χρησιμοποιώντας το την εξίσωση κινδύνου AHA CVD ACC, ότι ασθενείς

που είχαν προσβληθεί από HIV, ηλικίας 40-50 ετών, με ιική καταστολή, διέτρεχαν μεγάλο κίνδυνο για υποκλινική αθηροσκλήρωση σύμφωνα με την βαθμολογία ASCVD κινδύνου και cIMT, χαρακτηρίζοντας τους συμμετέχοντες σε υψηλό κίνδυνο για καρδιαγγειακά νοσήματα.

Ακόμη Νοτιοασιάτες που ζουν στην Αμερική, 40-75 ετών, άλλοι που ζουν στο Σαν Φρανσίσκο και περισσότερο αυτοί που ζούν στο Σικάγο, επιβεβαίωσαν τον ίδιο κίνδυνο στη βαθμολογία κινδύνου ASCVD και cIMT. Ομοίως, σε μια κορεατική ομάδα 201 ενηλίκων, η υψηλή κατάσταση του κινδύνου από ASCVD συσχετίζεται με υψηλή κατάσταση του κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου από cIMT.⁰

Επιπλέον η ίδια έρευνα που διεξήχθη στο πανεπιστήμιο Abdulaziz University με τίτλο (Risk factors of coronary heart disease among medical students in King Abdulaziz University, Jeddah, Saudi Arabia), εκτιμάται ότι στις αναπτυσσόμενες χώρες τα μη μεταδιδόμενα νοσήματα θα είναι υπαίτια για 7-10 θανάτους από το έτος 2020. Ανάμεσα στα μη μεταδιδόμενα νοσήματα, συμπεριλαμβάνονται και τα καρδιαγγειακά νοσήματα που είναι η κύρια αιτία νοσηρότητας, αναπηρίας και θνησιμότητας παγκοσμίως.⁰ Επίσης παρεμφερή αποτελέσματα ανέδειξε η έρευνα με τίτλο (General Cardiovascular Risk Profile for Use in Primary Care). Δηλαδή ότι ένας πολύ-παραγοντικός παράγοντας κινδύνου είναι το φύλλο (άνδρες\ γυναίκες) το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί εύκολα για την εκτίμηση του γενετικού κινδύνου και του κινδύνου των επιμέρων συμβάντων. (Ralph B. and all)⁰ .

Επιπρόσθετα να αναφερθεί ότι όσον αφορά την εκτίμηση του καρδιαγγειακού κινδύνου στα 10 χρόνια, παρόμοια έρευνα διεξήχθη στην Ελλάδα με τίτλο (Statistical Modelling of 10-Year Fatal Cardiovascular Disease Risk in Greece: The HellenicSCORE (a Calibration of the ESC SCORE Project)).

Η Καρδιολογική Εταιρεία δημοσίευσε το 2003 σε ένα ερευνητικό σχέδιο για την ανάπτυξη της πρόβλεψης κινδύνου με διαγράμματα, με βάση τα δεδομένα από 12 Ευρωπαϊκές μελέτες κοινωνικών ομάδων. 10 καρδιαγγειακές θνησιμότητες ερευνήθηκαν για την έκβαση μεταξύ των 205.000 ατόμων. Κατά τη διάρκεια 2,7 εκατομμυρίων χρόνων παρακολούθησης, παρατήρηθηκαν 5.652 θάνατοι.⁰ Παρόμοια μελέτη με τίτλο Framingham Heart Study του Πανεπιστημίου Βοστώνης, που έχει τεθεί σε λειτουργία για περισσότερο από 40 χρόνια και έχει εντοπίσει έναν αριθμό των παραγόντων κινδύνου, που αλληλεπιδρούν κατά επιβλαβή τρόπο, έδειξε να έχει μια αθροιστική επίδραση στην καρδιαγγειακή νόσο (CVD)⁰.

Εν κατακλείδι σε μια μελέτη με τίτλο (Community-based cardiovascular risk reduction: age and the Framingham risk score) που διεξήχθη στην Ουαλία υπήρξε ένα από τα υψηλότερα τυποποιημένα ποσοστά θνησιμότητας για τα καρδιαγγειακά νοσήματα.

Παρά το γεγονός ότι η πρωτογενής πρόληψη με στόχο την αλλαγή παραγόντων του τρόπου ζωής, έχει μια σχετικά μικρή επίδραση στη θνησιμότητα. Υπάρχει περιθώριο να εξετάσει τη σχετική συμβολή των συνιστωσών της βαθμολογίας κινδύνου Framingham που επηρέασε περισσότερο από την πρωτογενή πρόληψη σε πληθυσμούς που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο. Ορισμένοι παράγοντες κινδύνου όπως η ηλικία, το φύλο και το οικογενειακό ιστορικό, είναι αδύνατον να τροποποιηθούν.⁰

Περιορισμοί

Πέραν των χρήσιμων και αξιόλογων ευρημάτων, τα αποτελέσματα μας ενέχουν σημαντικούς και ορισμένους περιορισμούς. Μπορεί να θεωρηθεί σημαντικό το γεγονός ότι υπήρχε μεγάλο δείγμα (389 άτομα) παρόλα αυτά κάποιες από τις ερωτήσεις των ερωτηματολογίων ήταν κρίσεως με αποτέλεσμα οι συμμετέχοντες να έχουν την δυνατότητα και επιλογή να συμπληρώσουν όποια απάντηση επιθυμούσαν χωρίς συγκεκριμένες προκαθορισμένες απαντήσεις επιλογής.

Ακόμα, τα δεδομένα προέρχονται από το νησί της Κρήτης και επομένως δεν θα μπορούσαν να θεωρηθούν αντιπροσωπευτικά για το συνολικό Ελληνικό Πληθυσμό.

Τέλος, η διάγνωση Καρδιαγγειακού Κινδύνου βασίστηκε σε ερωτηματολόγια, παρόλο που πραγματοποιήθηκαν μετρήσεις πίεσης και χοληστερίνης που αποτελούν «χρυσό κανόνα» για την διάγνωση Καρδιαγγειακών Νοσημάτων.

Συμπεράσματα και προτάσεις

Η επίδραση της Πολύ-Νοσηρότητας αυξάνει σημαντικά το Καρδιαγγειακό Κίνδυνο σε πληθυσμό της κοινότητας.

Τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης έδειξαν όσο αναφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά ότι η μέση ηλικία του δείγματος ήταν τα 60 έτοι και οι περισσότεροι ήταν άνδρες, ποσοστό (47,3%). Σημαντικό αποτέλεσμα έδειξε ως παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη καρδιαγγειακής νόσου, η κατανάλωση αλκοόλ με p-value <0,001, ενώ στην κατηγορία που υπήρχε πρόβλημα κατάχρησης (+8) υπήρχε συσχέτιση με p-value 0,006.

Παράγοντες όπως το άγχος, το στρές και η κατάθλιψη δεν έδειξαν σημαντική συσχέτιση. Επίσης στη διερεύνηση της πολύ-νοσηρότητας, ως παράγοντας για καρδιαγγειακό κίνδυνο με βάση το ερευνητικό εργαλείο Charlson Comorbidity Index, στη σοβαρή κλίμακα παρατηρείται σημαντική συσχέτιση με p -value 0,001. Τέλος οι συμμετέχοντες της έρευνας που είχαν Δείκτη Μάζας Σώματος (BMI) ≥ 30 , είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα για καρδιαγγειακό κίνδυνο με p -value 0,008. Επομένως οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στη ΠΦΥ, θα πρέπει να ενημερώνουν τους ασθενείς για τα πρώιμα συμπτώματα καθώς και τις οικογένειες για προληπτικούς ελέγχους.

Παράλληλα, ασθενείς με πολλαπλά συμπτώματα και πιθανό κίνδυνο να υποβάλλονται σε κατάλληλες και αξιόπιστες εξετάσεις για την διάγνωση και πρώιμη αντιμετώπιση του.

Βιβλιογραφία :

- Βαρδής, Π., Γουδέβενος, Ι., και Ελισάφ, Μ. (επ.) (2005). *Βασική Κλινική Καρδιολογία*. Αθήνα: Πασχαλίδης.
- Κοντόπουλος, Α. (2002). *Επίτομη καρδιολογία*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Ramrakha, P. and Hill, J. (2008). *Oxford Handbook of Cardiology*. London: Oxford University Press
- Μπαχαράκας, Σ. (2005). *Μαθήματα στην καρδιολογία*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Rosen, S.D., Sharma, S. and Oakley, S.M. (2004). *Cardiology*. New York: Thieme editions.
- Crawford, M. (2009). *Σύγχρονη καρδιολογία*. Αθήνα: Πασχαλίδης
- Κατσημπαλής, Ε. (2008). Έμφραγμα Μυοκαρδίου. Θεσσαλονίκη: University Studio Press
- Ραλλίδης, Λ. (2013). *Επείγουσα καρδιολογία*. Αθήνα: Πασχαλίδης.
- Μανώλης, Α.Σ. (2007). Στεφανιαία νόσος. Σύγχρονη διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση. *Κοινωνία και Υγεία*, 4, 207-216.)
- Βουγιούκα, Κ. και Καπάδοχος, Θ. (2015). Το Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο στους ηλικιωμένους ασθενείς, *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 14 (1), 19-33.
- Thomson, R (2010). How to manage acute myocardial infarction with primary percutaneous coronary intervention. *Nursing Times*, 106 (4), 344-351
- Μπαμπάτσικου, Φ. (2010). Επιδημιολογικά δεδομένα των καρδιαγγειακών νοσημάτων στους ηλικιωμένους. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 9 (3), 230-242
- Μπροκαλάκη, Η., Φώτος, Ν.Β., Παπανουδάκη, Ε., Γαλάνης, Π., Γιακουμιδάκης, Κ. & Ελευσινιώτης, Γ. (2012). Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου και Αναζήτηση Υπηρεσιών Υγείας. *Νοσηλευτική*, 47 (1), 73-82.
- Αντωνιάδης, Λ. (1991). Οξύ Έμφραγμα Μυοκαρδίου. Προδιαθεσικοί παράγοντες, ενδονοσοκομειακή εξέλιξη εποχιακή και γεωγραφική κατανομή. *8ο Παγκύπριο Ιατρικό Συνέδριο*. Λευκωσία
- Yeh, R.W., Sidney, S., Chandra, M., Sorel, M., Selby, J.M. and Go, A.V. (2010). Population Trends in the Incidence and Outcomes of Acute Myocardial Infarction. *The New England Journal of Medicine*, 362, 2155-2165
- Κρεμαστινός, Δ. (2005). *Επίτομη Κλινική Καρδιολογία*. Αθήνα: Πασχαλίδης

Δεληγιάννης, Α. (2008). Φυσική αποκατάσταση σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο. *Η Ιατρική Σήμερα*, 27-28 (2), 25-27

Παράγοντες Κινδύνου Καρδιαγγειακών Νοσημάτων. Γράφει Χ. Α. Μιχαλακέας, Καρδιολόγος
Επιστημονικός Συνεργάτης Β' Πανεπιστημιακής Καρδιολογικής Κλινικής Νοσοκομείο
«Αττικών»

Κάπνισμα και νοσήματα του καρδιαγγειακού συστήματος. Άρθρο στο neageia.gr.

[Πιτσαβος Η, Ξενάκης Κ. Σακχαρώδης διαβήτης Θεωρία- Πράξη Τόμος β . Εκδόσεις
Χαράλαμπος Δ.Τούντας.Αθήνα 2003].

Burt VL Whelton P, Roccella EJ et al. Prevalence of hypertension in the US adult population: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1991. *Hypertension* 1995;25:305-13

Panagiotakos DB, Pitsavos C, Chrysohoou C, Stefanadis C, Toutouzas P. Risk Stratification of Coronary Heart Disease through Established and Emerging Lifestyle Factors, In A Mediterranean Population: CARDIO2000 Epidemiological Study. *J Cardiovasc Risk* 2001; 8: 6: 329-335 12.

Παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου Άρθρο. (<https://www.eelia.gr/>)

Guyton, H. (1998). *Η Φυσιολογία του Ανθρώπου*. Αθήνα: Λίτσας

Grace SL, Abbey SE, Irvine J, Shnek ZM, Stewart DE. Prospective examination of anxiety persistence and its relationship to cardiac symptoms and recurrent cardiac events. *Psychother Psychosom*. 2004; 73 :344–352.

Βαρδής, Π., Γουδέβενος, Ι., και Ελισάφ, Μ. (επ.) (2005). *Βασική Κλινική Καρδιολογία*. Αθήνα: Πασχαλίδης.

Guyton, H. (1998). *Η Φυσιολογία του Ανθρώπου*. Αθήνα: Λίτσας

Μπροκαλάκη, Η., Φώτος, Ν.Β., Παπανουδάκη, Ε., Γαλάνης, Π., Γιακουμιδάκης, Κ. & Ελευσινιώτης, Γ. (2012). Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου και Αναζήτηση Υπηρεσιών Υγείας. *Νοσηλευτική*, 47 (1), 73-82.

(2 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2005, ΑΘΗΝΑ)

Ginsberg HN, Kris-Etherton P, Dennis S, Elmer PJ, Ershow A, Lefevre M, Pearson T, Roheim P, Ramakrishnan R, Reed R, Stewart K, Stewart P, Phillips K, Anderson N, for the Delta Research Group. Effects of reducing dietary saturated fatty acids on plasma lipids and lipoproteins in healthy subjects. The Delta Study, Protocol 1. *Merioseler Thromb*

- Vase Biol 1998; 18: 441-9
- Mensink RP and ME Katan, Effect of dietary fatty acids on serum lipids and lipoproteins: a meta-analysis of 27 trials. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 1992; 12: 911-9
- Sacks FM and M Katan, Randomised clinical trials on the effects of dietary fat and carbohydrate on plasma lipoproteins and cardiovascular disease. *Am J Med* 2002; 113(9B): 13S-24S
- Cooper R, C.J., Desvigne-Nickens P, Fortmann SP, Friedman L, Havlik R, Hogelin G, Marler J, McGovern P, Morosco G, Mosca L, Pearson T, Stamler J, Stryer D, Thorn T, Trends and disparities in CHD, stroke and other cardiovascular diseases in the US. *Circulation*, 2000; 102: 3137-47
- Ascherio A, R.E., Heman MA, Giovannucci EL, Kawachi I, Stampfer MJ, Willet WC, Intake of potassium, magnesium, calcium, and fiber and risk of stroke among US men. *Circulation* 1998; 98(12):1198-204
- Hu FB, Stampfer MJ, Manson JE, Rimm E, Colditz GA, Speizer FE, Hennekens CH, Willet WC. Dietary protein and risk of ischemic heart disease in women. *Am J Clin Nutr* 1999; 70: 221-7
- Holven KB, H.T., Aukrust P, et al, Effect of folic acid treatment on endothelium-dependent vasodilation and nitric oxide-derived endothelial products in hyperhomocysteinemic subjects. *Am J Med* 2001; 110: 536-170
- De Wardener, H.E. and G.A. MacGregor, Harmful effects of dietary salt in addition to hypertension. *J Hum Hypertens* 2002; 16(4):213-23
- Cappuccio FP, M.N., Camesy C, Sagnella GA, MacGregor GA, Double blind randomised trial of modest salt restriction of older people. *Lancet* 1997; 350:8504
- Groff JL, G.S., *Advanced Nutrition and Human Metabolism*. Wadsworth, USA. 2000
- Fujita T, Calcium paradox: Consequences of calcium deficiency manifested by a wide variety of diseases. *J Bone Miner Metab* 2000; 18:234-6
- Ascherio A, R.E., Heman MA, Giovannucci EL, Kawachi I, Stampfer MJ, Willet WC, Intake of potassium, magnesium, calcium, and fiber and risk of stroke among US men. *Circulation* 1998; 98(12):1198-204
- Fujita T, Calcium paradox: Consequences of calcium deficiency

- manifested by a wide variety of diseases. *J Bone Miner Metab* 2000;
18:234-6
- Huffman JC, Smith FA, Blais MA, Beiser ME, Januzzi JL, Fricchione GL. Recognition and treatment of depression and anxiety in patients with acute myocardial infarction. *Am J Cardiol.* 2006; 98 :319–324.
- MF Bordet, A Colas, P Marijnen, JL Masson, M Trichard, 2008, Treating hot flushes in menopausal women with homeopathic treatment—Results of an observational study, *Homeopathy*, Volume 97, Issue 1, January 2008, Pages 10-15
- K Srinath Reddy and Martijn B Katan. Diet, nutrition and the prevention of hypertension and cardiovascular diseases. *Public Health Nutrition*, 2004; 7(1A): 167-186
- Frank M Sacks et al. A Dietary Approach to Prevent Hypertension : A Review of the Dietary Approach to Stop Hypertension (DASH) Study. *Clin. Cardiol.*, 1999; 22 (Suppl. III): III-6-III-10
- Veronica Franco et al. Hypertension Therapy: Part II. *Circulation*, 2004 ;109 :3081-3088
- Τούτουζας Παύλος Καρδιολογία Γ΄ έκδοση. Επιστημονικές Εκδόσεις Μ.Γ. Παρισιάνου. Αθήνα 1999
- Τούτουζας Παύλος Καρδιολογία Γ΄ έκδοση. Επιστημονικές Εκδόσεις Μ.Γ. Παρισιάνου. Αθήνα 1999
- [Ημερομηνια δημοσίευσης: 25 Απριλίου 2007 Γραφει: Παπαμικος Βασιλειος, κλινικος διαιτολογος-διατροφολογος, M.Med.Sci,MSc]
- Panagiotakos DB, Pitsavos C, Polychronopoulos E, Chrysohoou C, Zampelas A, Trichopoulou A. Can a Mediterranean diet moderate the development and clinical progression of coronary heart disease? A systematic review. *Med Sci Monit* 2004; 10: 193-8
- Judd JT, Clevidence BA, Muesing RA, Wittes J, Sunkin ME, Podczacy JJ. Dietary trans fatty acids: Effects on plasma lipids and lipoproteins of healthy men and women. *Am J Clin Nutr* 1994; 59: 861-8]. [Ascherio A, Katan MB, Zock PL, Stampfer MJ, Willett WC. Trans-fatty acids and coronary heart disease. *N Engl J Med* 1999; 340: 1994-8
- Kromhout O, Menotti A, Bloemberg BP, Aravanis C, Blackburn H, Buzina R, Dontas AS, Fidanza F, Giampaoli S, Jansen A, Karvonen M, Katan M, Nissinen A, Nedeljkovic S, Pekkanen J, Pekkarinen M, Punsar S, Rasanen L, Simic B, Toshima H. Dietary saturated and trans

fatty acids and cholesterol and 25-year mortality from coronary heart

Barth J, Schumacher M, Herrmann-Lingen C. Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: a meta-analysis. *Psychosom Med.* 2004; 66 :802–813.]

Grace SL, Abbey SE, Irvine J, Shnek ZM, Stewart DE. Prospective examination of anxiety persistence and its relationship to cardiac symptoms and recurrent cardiac events. *Psychother Psychosom.* 2004; 73 :344–352.

Ziegelstein RC, Kim SY, Kao D, et al. Can doctors and nurses recognize depression in patients hospitalized with an acute myocardial infarction in the absence of formal screening. *Psychosom Med.* 2005; 67 :393–397.

Frasure-Smith N, Lesperance F. Depression and anxiety as predictors of 2-year cardiac events in patients with stable coronary artery disease. *Arch Gen Psychiatry.* 2008; 65 :62–71.

Ρένος- Παναγιώτης Ρώτας, (1995). Αποφευγετε το στρες...!. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
James W. Kalat. Βιολογική Ψυχολογία, 5 έκδοση, , τόμος Β, εκδόσεις Έλλην, επιμέλεια Α.Α. Καστελάκης, Δ. Α. Χρηστίδης

Issac Meyer Marks, M.D., (1978). Living with fear: understanding and coping with anxiety. England: McGraw-Hill

Grahame Hill, (2003). Exercises for AS level Psychology. England: Oxford university press.

Anonymous, Cardiovascular diseases (CVDs) Fact sheet, WHO, Web Site. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/> Reviewed September 2016

Lloyd-Jones D , Adams RJ , Brown TM , Carnethon M , Dai S, Simone G, et al, on behalf of the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee, Heart Disease and Stroke Statistics—2010 Update A Report From the American Heart Association, *Circulation* 2010, American Heart Association, Inc., 121:e46-e215

Nichols M, Townsend N, Scarborough P, Rayner M, Cardiovascular disease in Europe 2014: epidemiological update, *Eur Heart J* 2014, 35 (42): 2950-2959

Allender S, Scarborough P, Peto V, Rayner M, Leal J, Luengo-Fernandez R. et al, European cardiovascular disease statistics, Alastair 2008, European Heart Network (1): 20-21, Brussels, England

- Nettleton JA, Polak JF, Tracy R, Burke GL, Jacobs Jr DR, Dietary patterns and incident cardiovascular disease in the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis, *Am J Clin Nutr* September 2009, 90 (3): 647-654
- Mora S, Cook N, Buring JE, Ridker PM, I-Min Lee, Physical Activity and Reduced Risk of Cardiovascular Events Potential Mediating Mechanisms, *Circulation* 2007, (116): 2110-2118.
- Blanco-Cedres L, Daviglius ML, Garside DB, Liu K, Pirzada A, Stamler J, et al, Relation of Cigarette Smoking to 25-Year Mortality in Middle-aged Men with Low Baseline Serum Cholesterol : The Chicago Heart Association Detection Project in Industry, *Am J Epidemiol* 2002, 155 (4): 354-360
- Sesso HD, Stampfer SJ, Rosner B, Hennekens CH, Manson JE, Gaziano JM, Seven-Year Changes in Alcohol Consumption and Subsequent Risk of Cardiovascular Disease in Men, *Arch Intern Med* 2000, 160(17):2605-2612
- Rashid M, Kwok CS, Gale CP, Doherty P, Olier I, Sperrin M, et al, Impact of co-morbid burden on mortality in patients with coronary heart disease, heart failure, and cerebrovascular accident: a systematic review and meta-analysis, *European Heart Journal – Quality of Care and Clinical Outcomes* (2017) 3, 20–36
- Oudejans I, Mosterd A, Zuithoff NP, Hoes AW, Comorbidity Drives Mortality in Newly Diagnosed Heart Failure: A Study Among Geriatric Outpatients, *J Card. Fail* 2012, 18(1):47-52.
- Radovanovic D, Seifert B, Urban P, Eberli FR, Rickli H, Bertel O, Validity of Charlson Comorbidity Index in patients hospitalised with acute coronary syndrome. Insights from the nationwide AMIS Plus registry 2002–2012, *Heart* 2014, 100:288–294
- Sachdev M, Sun JL, Tsiatis AA, Nelson CL, Mark DB, Jollis JG, The Prognostic Importance of Comorbidity for Mortality in Patients With Stable Coronary Artery Disease, *Journal of the American College of Cardiology*, 2004, 43 (4): 583-4
- Rozanski A, Blumenthal JA, Kaplan J, Impact of Psychological Factors on the Pathogenesis of Cardiovascular Disease and Implications for Therapy, *Circulation*, 1999;99:2192-2217
- Baumbach A, Gulis G, Impact of financial crisis on selected health outcomes in Europe, *European Journal of Public Health* 2014, 24, (3): 399–403

- Shaw BA, Agahi N, Krause N, Are Changes in Financial Strain Associated With Changes in Alcohol Use and Smoking Among Older Adults, *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 2011, 72(6), 917–925
- Conroy RM, Pyorala K, Fitzgerald AP, Sans S, Menotti A, Backer G, et al, on behalf of the SCORE project group, Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project, *Eur Heart J* 2003, 24 (11): 987-1003
- Deyo RA, Cherkin DC, Ciol MA, Adapting a clinical comorbidity index for use with ICD-9-CM administrative databases, *J Clin Epidemiol* 1992, 45: 613–9
- D’Agostino RB Sr, Grundy S, Sullivan LM, Wilson P, CHD Risk Prediction Group: Validation of the Framingham coronary heart disease prediction scores: results of a multiple ethnic groups investigation, *JAMA* 2001, 286: 180-187
- Panagiotakos DB, Fitzgerald AP, Pitsavos C, Pipilis A, Graham I, Stefanidis C, Statistical Modelling of 10-Year Fatal Cardiovascular Disease Risk in Greece: The HellenicSCORE (a Calibration of the ESC SCORE Project) *Hellenic J Cardiol* 2007, 48: 55-63
- Lyrakos, GN, Arvaniti C, Smyrnioti M, Kostopanagiotou G, Translation and validation study of the depression anxiety stress scale in the greek general population and in a psychiatric patient's sample, *European Psychiatry* 2011, 26, 1731.
- Andreou E, Alexopoulos EC, Lionis C, Varvogli L, Gardellis C, Chrousos GP, et al, Perceived Stress Scale: Reliability and Validity Study in Greece *Int. J. Environ. Res, Public Health* 2011, 8(8), 3287-3298
- Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grand M: Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption – II. *Addiction* 1993, 88 (6): 791-804
- Moussas G, Dadouti G, Douzenis A, Poulis E, Tselebis A, Bratis D, et al, The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): reliability and validity of the Greek version, *Annals of General Psychiatry* 2009, (8): 11
- Anonymous, World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects, *JAMA* 2013, 310(20): 2191-2194
- Ibrahim NK, Mahnashi M, Al-Dhaheri A, Al-Zahrani B, Al-Wadie E, Aljabri M, et al, Risk factors of coronary heart disease among medical students in King Abdulaziz University, Jeddah, Saudi Arabia, *BMC Public Health* 2014, 14:411

- Malik MO, Govan L, Petrie JR, Ghouri N, Leese G, Fischbacher C, et al, Ethnicity and risk of cardiovascular disease (CVD): 4.8 year follow-up of patients with type 2 diabetes living in Scotland, *Diabetologia* 2015, 58:716–725
- Mosepele M, Hemphill LC, Palai T, Nkele I, Bennett K, Lockman S, et al, Cardiovascular disease risk prediction by the American College of Cardiology (ACC)/American Heart Association (AHA) Atherosclerotic Cardiovascular Disease (ASCVD) risk score among HIV-infected patients in sub-Saharan Africa, *PLoS ONE* 2017, 12(2)
- D'Agostino RB Sr, Vasan RS, Pencina MJ, Wolf PA, Cobain M, Massaro JM, et al, General Cardiovascular Risk Profile for Use in Primary Care The Framingham Heart Study, *Circulation* 2008, 117: 743-753
- Anderson KM, Odell PM, Wilson PWF, Kannel WB, Cardiovascular disease risk profiles, *American Heart Journal* 1991, 121(1): 293-298
- Richardson G, Woerden HC, Edwards R, Morgan L, Newcombe RG, Community-based cardiovascular risk reduction: age and the Framingham risk score, *Br J Cardiol* 2011, 18:180–84
- Δρ Φερτάκης. 1992. Επιτομή Εσωτερικής παθολογίας για τις \1TENS ιατρικές εκδόσεις πχ Πασχαλίδης
- Ε. Σαραγιανίδου - Ε. Κωστόλη. 1992. Νοσηλευτικής- ψυχιατρικής εκδόσεις Πελεκάνος Αθήνα
- Ελευθερία Κ Αθανάτου. 1998. Παθολογική και χειρουργική κλινική νοσηλευτική έκδοση Β Αθήνα12
- ΜΑ Μαλγαρινού - ΣΦ Κωνσταντινίδου. 1995. Νοσηλευτική παθολογική χειρουργική, έκδοση δεκάτη όγδοη τόμος Β, μέρος Γ, Αθήνα
- Ανδρέας Κ Γεωργαράς. 1992. Συνοπτική Ψυχιατρική Διδάκτορα Πανεπιστημίου Αθήνας ιατρικές εκδόσεις πχ Πασχαλίδης
- ΜΑ Μαλγαρινού - ΣΦ Κωνσταντινίδου. 1995. Νοσηλευτική παθολογική χειρουργική, τόμος Α έκδοση δεκάτη ένατη Αθήνα
- ΜΑ Μαλγαρινού - ΣΦ Κωνσταντινίδου. 1995. Νοσηλευτική παθολογική χειρουργική, τόμος Α έκδοση δεκάτη ένατη Αθήνα
- ΜΑ Μαλγαρινού - ΣΦ Κωνσταντινίδου. 1995. Νοσηλευτική παθολογική χειρουργική, τόμος Α έκδοση δεκάτη ένατη Αθήνα

- Επιθεώρηση Υγείας -> Αλκοόλ ή οδήγηση Διμηνιαίο επιστημονικό και ενημερωτικό περιοδικό του προσωπικού υγειονομικού Τομέα τόμος 13, τεύχος 74 Ιανουάριος - Φεβρουάριος
- Β Τομαρα 1992. Νευρολογία Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας
Γενική διαιτητική τροφογνωσία ειδικές δίαιτες ιατρικές
- ΔΡ Φερτάκης 1992. Επιτομή εσωτερική παθολογία για τις ΜΤΕΝ8 ιατρικές εκδόσεις πχ Πασχαλίδης
- ΔΡ Φερτάκης 1992. Επιτομή εσωτερική παθολογία για τις ΜΤΕΝ8 ιατρικές εκδόσεις πχ Πασχαλίδης
- Ελευθερία Κ. Αθανάτου 1998. Παθολογική και χειρουργική κλινική νοσηλευτική Έκδοση Β' Αθήνα
- Ελευθερία Κ. Αθανάτου 1998. Παθολογική και χειρουργική κλινική νοσηλευτική Έκδοση Β' Αθήνα
- Ι.Βολιανάτου 1997 Γενική Διοικητική τροφογνωσία, ειδικές δίαιτες ιατρικές εκδόσεις Λίτσας ιατρού.
- Ελευθερία Κ. Αθανάτου 1998. Παθολογική και χειρουργική κλινική νοσηλευτική Έκδοση Β' Αθήνα Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική Τόμος Α Έκδοση Β Αθήνα 1998
Ελευθερία Κ. Αθανάτου
- Ελευθερία Κ. Αθανάτου 1998. Παθολογική και χειρουργική κλινική νοσηλευτική Έκδοση Β' Αθήνα
- Ελευθερία Κ. Αθανάτου 1998. Παθολογική και χειρουργική κλινική νοσηλευτική Έκδοση Β' Αθήνα
- Δρ Φερτάκης 1992.Επιτομή Εσωτερική Παθολογία για τις \1ΤΕΝ8 Ιατρικές εκδόσεις πχ Πασχαλίδης
- Ελευθερία Κ. Αθανάτου 1998. Παθολογική και χειρουργική κλινική νοσηλευτική Έκδοση Β' Αθήνα
- Μιχάλης ΑΜαμόπουλος. 1991. Μαιευτική Γυναικολογία Β' Έκδοση Θεσσαλονίκη
- Δρ Φερτάκης. 1992. Επιτομή Εσωτερικής παθολογίας για τις ΜΤΕΝ8 ιατρικές εκδόσεις πχ Πασχαλίδης
- Τομαρά 1992. Νευρολογία Β' ιατρικές εκδόσεις Λίτσας
- Τομαράς 1992. Νευρολογία Β' Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας
- Τομαράς 1992. Νευρολογία Β' Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας

Σαρηγιανίδου - Ε. Κωστόλη 1992. Νοσηλευτικής- Ψυχιατρικής εκδόσεις Πελεκάνος Ε'
Αθήνα

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ

☞ <http://www.pubmed.com>

☞ <http://www.mednet.gr>

☞ <http://www.Elikar.gr>

☞ <http://www.iatronet.gr>

☞ <http://www.diatrofi.gr>

<https://www.eelia.gr>

<http://www.neaygeia.gr>

<http://nefeli.lib.teicrete.gr>

<mailto:dkarag@pegasus.gr>

Ερευνητικά εργαλεία

HEART SCORE 4

<https://www.easycalculation.com/medical/framingham.php>

CHARLSON COMORBIDITY INDEX (CCI) - (Δείκτης Συνοσηροτήτων)

[https://www.thecalculator.co/health/Charlson-Comorbidity-Index-\(CCI\)-Calculator-765.html](https://www.thecalculator.co/health/Charlson-Comorbidity-Index-(CCI)-Calculator-765.html)

DASS 21

http://ihcfl.com/uploads/3/0/9/7/3097145/depression_anxiety_stress_scales_dass.pdf

AUDIT Questionnaire

<http://www.agencymeddirectors.wa.gov/Files/AssessmentTools/12-AUDIT.pdf>