



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΚΡΗΤΗΣ**

Σ.Ε.Υ.Π. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

*ΘΕΜΑ: ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΣΥΜΠΛΕΓΜΑΤΟΣ
ΤΗΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ
ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ*



ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΖΩΓΡΑΦΑΚΗΣ-ΣΦΑΚΙΑΝΑΚΗΣ ΜΙΧΑΗΛ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΚΑΤΣΑΛΑΚΗ ΕΙΡΗΝΗ

ΣΕΓΚΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΨΗΜΟΠΟΥΛΟΥ ΒΑΣΙΛΕΙΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....σελ 5

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....σελ 9

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ Ή ΑΛΛΗΣ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΥΝΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ.....σελ 14

2.1. ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ (σε άτομα υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου ή άλλης μείζονος αθηροσκληρυντικής νόσου).....σελ 14

2.1.1. Στόχοι της πρωτογενούς πρόληψης της στεφανιαίας νόσου.....σελ 14

2.1.2. Υπολογισμός του στεφανιαίου κινδύνου.....σελ 15

2.1.3. Τρόπος ζωής.....σελ 15

2.1.4. Αρτηριακή πίεση.....σελ 15

2.1.5. Λιπίδια αίματος.....σελ 17

2.1.6. Σάκχαρο αίματος.....σελ 19

2.1.7. Άλλες προφυλακτικές φαρμακευτικές θεραπείες.....σελ 20

2.1.8. Έλεγχος στενών συγγενών.....σελ 20

2.2. ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ (Ασθενείς με στεφανιαία ή άλλη αθηροσκληρυντική νόσο).σελ 20

2.2.1. Στόχοι της δευτερογενούς πρόληψης της στεφανιαίας νόσου.....σελ 20

2.2.2. Τρόπος ζωής.....σελ 22

2.2.3. Διακοπή Καπνίσματος.....σελ	22
2.2.4. Επιλογή υγιεινής διατροφής.....σελ	23
2.2.5 Αύξηση σωματικής δραστηριότητας.....σελ	24
2.2.6. Υπέρβαση βάρους και παχυσαρκία.....σελ	24
2.2.7. Αρτηριακή πίεση.....σελ	24
2.2.8. Λιπίδια αίματοςσελ	25
2.2.9 Σάκχαρο αίματος.....σελ	25
2.2.10. Άλλες προφυλακτικές φαρμακευτικές θεραπείες.....σελ	25
2.2.11. Έλεγχος στενών συγγενών.....σελ	26

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ.....σελ	27
3.1 Η έννοια του κινδύνου.....σελ	27
3.2. Γενικές αρχές στην εκτίμηση του κινδύνου για στεφανιαία νόσο.....σελ	29
3.3. Στόχοι της πρόληψης της στεφανιαίας νόσου.....σελ	34
3.4. Υπολογισμός του κινδύνου.....σελ	36

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

CARDIO2000.....σελ	37
--------------------	----

B. ΕΙΔΙΚΟ (ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ) ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1. ΣΚΟΠΟΣ.....σελ	39
5.2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....σελ	39

5.3. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ.....σελ 39

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....σελ 41

6.1 Α. ΜΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ (N=32).....σελ 41

6.2. ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ.....σελ 69

6.3. ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕΤΑΞΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΑΙ ΜΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΩΝ
ΑΣΘΕΝΩΝ.....σελ 106

ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....σελ 115

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....σελ 117

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ CARDIO 2000.....σελ 121

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ2: ΑΠΟΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ.....σελ 131

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3. ΑΔΕΙΑ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΓΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ.....σελ 137

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις είναι η σημαντικότερη αιτία πρόωρων θανάτων και νοσηρότητας για το μεγαλύτερο ποσοστό του ευρωπαϊκού πληθυσμού, αυξάνοντας παράλληλα σημαντικά το κόστος της περίθαλψης. Οι παθήσεις αυτές οφείλονται συνήθως στην αθηρωμάτωση των αρτηριών η οποία, ενώ αναπτύσσεται ύπουλα και συμπτωματικά κατά την διάρκεια πολλών ετών, βρίσκεται πλέον σε προχωρημένο στάδιο όταν τα συμπτώματα εμφανίζονται. Έτσι ο θάνατος, το έμφραγμα μυοκαρδίου και το εγκεφαλικό επεισόδιο συμβαίνουν συχνά κατά τόσο αιφνίδιο τρόπο ώστε δεν υπάρχει χρόνος ή περιθώριο για την εφαρμογή οποιασδήποτε θεραπευτικής παρέμβασης.

Στην πλειοψηφία τους οι καρδιαγγειακές παθήσεις συνδέονται άμεσα με τον τρόπο ζωής των ασθενών και την ύπαρξη παραγόντων κινδύνου για την εκδήλωση στεφανιαίας νόσου όπως είναι το κάπνισμα, η αρτηριακή υπέρταση, η δυσλιπιδαιμία, η παχυσαρκία και ο σακχαρώδης διαβήτης. Η αλλαγή στον τρόπο ζωής και η τροποποίηση ή η εξάλειψη των παραγόντων κινδύνου έχει αποδειχθεί ότι μειώνουν τη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα των ασθενών με διαγνωσμένη ή μη διαγνωσμένη καρδιαγγειακή νόσο.

Αναγνωρίζοντας ότι οι καρδιαγγειακές παθήσεις οφείλονται σε συνδυασμό πολλών παραγόντων, η Ευρωπαϊκή Εταιρία Αθηροσκλήρωσης, η Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Εταιρία και η Ευρωπαϊκή Αντιυπερτασική Εταιρία, από τις αρχές της δεκαετίας του 1990 συνεργάζονται για τη σύσταση των κατευθυντήριων οδηγιών που στοχεύουν στην πρόληψη των παθήσεων αυτών στην κλινική πράξη.

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες οι προσπάθειες πρόληψης θα είναι αποτελεσματικότερες εάν επικεντρωθούν στις κατηγορίες ασθενών υψηλού κινδύνου. Προτεραιότητα δίδεται σε: 1) ασθενείς με τεκμηριωμένη στεφανιαία νόσο, περιφερική αρτηριοπάθεια και αθηρωμάτωση των εγκεφαλικών αγγείων, 2) ασυμπτωματικούς ασθενείς που βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν αθηροσκληρυντική καρδιαγγειακή νόσο, 3) στενοί συγγενείς ασθενών με πρώιμη εμφάνιση αθηροσκληρυντικής καρδιαγγειακής νόσου ή συμπτωματικών ασθενών με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου.

Οι ασθενείς με τεκμηριωμένη καρδιαγγειακή νόσο θεωρείται ότι βρίσκονται σε αυξημένο συνολικό κίνδυνο ενός επακόλουθου καρδιαγγειακού συμβάντος. Αυτοί λοιπόν, χρήζουν εντονότερης παρέμβασης στον τρόπο ζωής τους και, όπου απαιτείται,

θεραπευτικής αγωγής. Δεδομένου ότι η στεφανιαία νόσος έχει πολυπαραγοντική αιτιολογία είναι πολύ σημαντικό στα υγιή άτομα να εκτιμάται ο απόλυτος κίνδυνος και να λαμβάνονται υπόψη όλοι οι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου. Η εκτίμηση μπορεί να γίνεται με το έγχρωμο διάγραμμα στεφανιαίου κινδύνου (εικονα1) Με το διάγραμμα αυτό μπορούν να αναγνωριστούν τα άτομα που διατρέχουν τον υψηλότερο πολυπαραγοντικό κίνδυνο για στεφανιαία νόσο και να αντιμετωπιστούν με μεταβολές του τρόπου ζωής και, όπου αυτό κρίνεται απαραίτητο, με φαρμακευτική αγωγή.

Στο επίκεντρο των κατευθυντήριων οδηγιών βρίσκεται η αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου. Συγκεκριμένα συστήνεται: 1) Αλλαγή τρόπου ζωής 2) Διακοπή καπνίσματος 3) Αλλαγή διατροφικών συνηθειών 4) Αύξηση της σωματικής δραστηριότητας 5) Έλεγχος του σωματικού βάρους 6) Έλεγχος αρτηριακής πίεσης 7) Έλεγχος λιπιδίων πλάσματος 8) άλλες προφυλακτικές θεραπείες 9) Έλεγχος στενών συγγενών ασθενών.

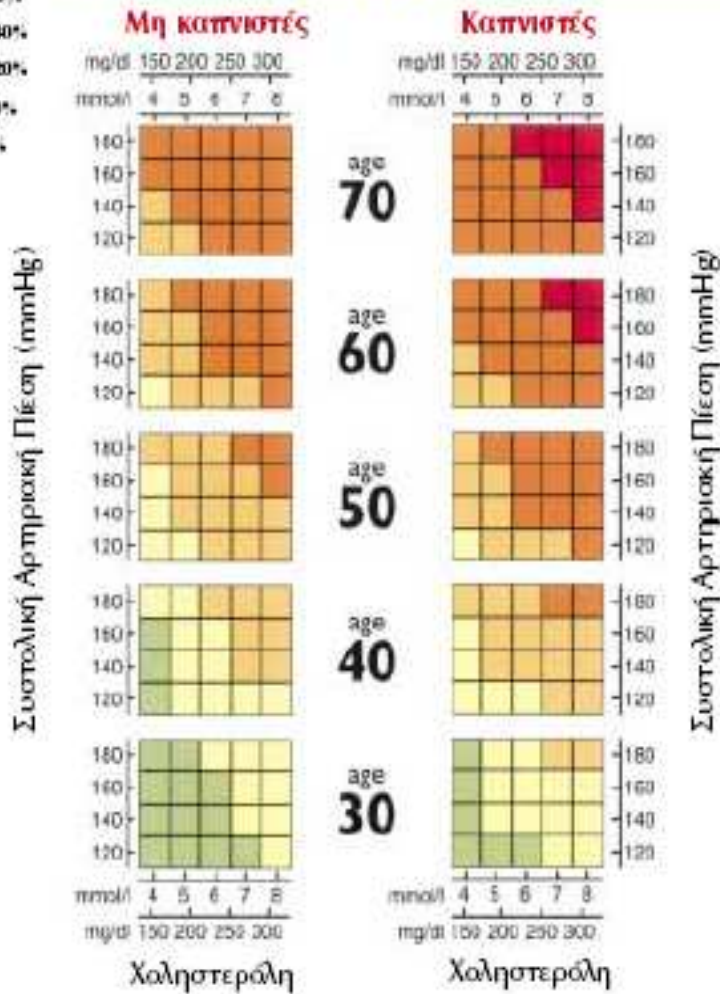
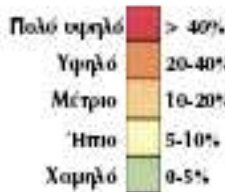
Πίνακας Κινδύνου Στεφανιαίας Νόσου

ΑΝΔΡΕΣ



Κίνδυνος Στεφανιαίας Νόσου

Επίπεδο Κινδύνου



Πώς να χρησιμοποιήσετε το Διάγραμμα Στεφανιαίου Κινδύνου στην Πρωτογενή Πρόληψη

Το διάγραμμα χρησιμοποιείται για τον υπολογισμό του κινδύνου στεφανιαίας νόσου (ΣΝ) για άτομα τα οποία δεν έχουν αναπτύξει συμπτωματική ΣΝ ή άλλη αθηρωματική νόσο. Ασθενείς με ΣΝ διατρέχουν ήδη υψηλό κίνδυνο και απαιτούν σημαντική παρέμβαση στον τρόπο ζωής και εάν αυτό κριθεί απαραίτητο και φαρμακευτική θεραπεία για να επιτευχθούν οι τιμές-στόχος των παραγόντων κινδύνου.

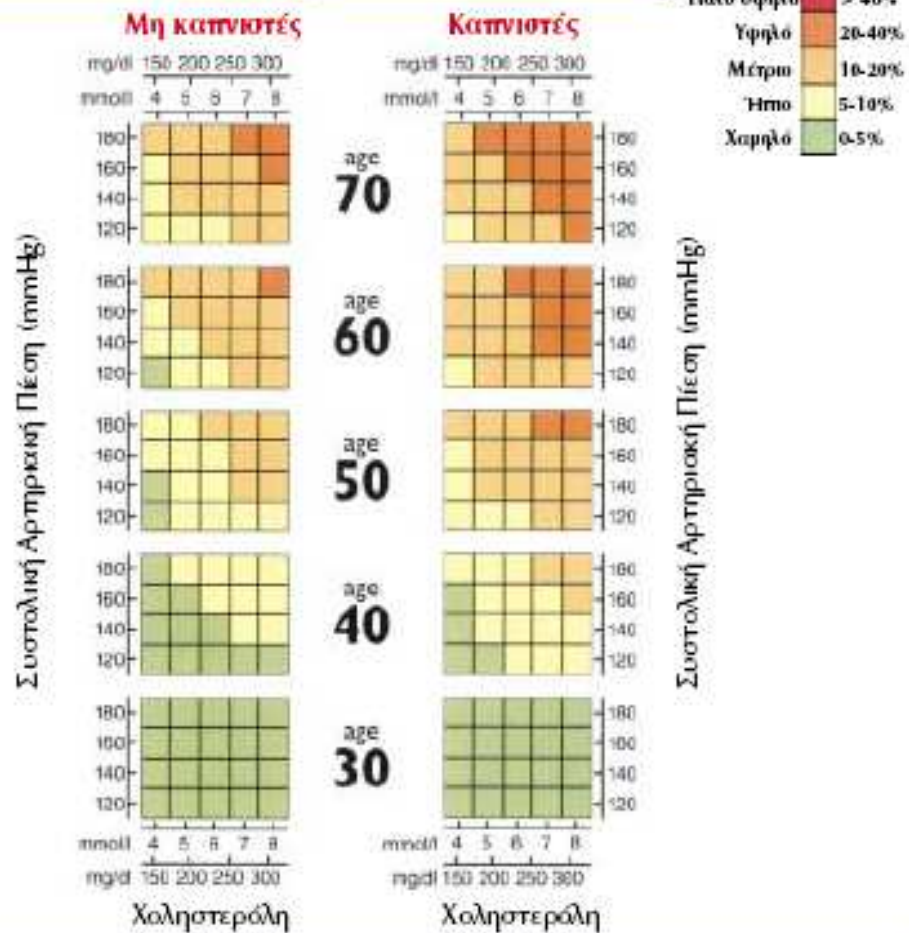
- Για να υπολογίσετε τον απόλυτο κίνδυνο εμφάνισης συμβάντος ΣΝ στα 10 έτη βρείτε τον πίνακα που αντιστοιχεί στο φύλο του ατόμου, το εάν αυτό καπνίζει καθώς και την ηλικία του. Μέσα στον πίνακα βρείτε το κοντινότερο στη συστολική αρτηριακή και χοληστερόλη (mmHg) καθώς και την ολική χοληστερόλη του (mmol/l ή mg/dl).
- Η επίδραση της έκθεσης στους συγκεκριμένους παραγόντες κινδύνου μπορεί να φανεί ακολουθώντας τον παραπάνω πίνακα. Αυτός μπορεί να χρησιμοποιηθεί όταν συμβουλευτείτε νεότερα άτομα.
- Άτομα υψηλού κινδύνου χαρακτηρίζονται αυτά των οποίων ο κίνδυνος εμφάνισης ΣΝ υπερβαίνει το 20% ή θα το υπερβεί εάν προβληθεί στην ηλικία των 60 ετών.

Εικόνα 1. Διάγραμμα στεφανιαίου κινδύνου. Πρωτογενής πρόληψη στεφανιαίας νόσου.

Πίνακας Κινδύνου Στεφανιαίας Νόσου



ΓΥΝΑΙΚΕΣ Κίνδυνος Στεφανιαίας Νόσου



- Ο κίνδυνος εμφάνισης ΣΝ είναι υψηλότερος από ότι εμφανίζεται στο διάγραμμα για όσους πάσχουν από:
 - Οικογενή Υπερχοληστερολαιμία
 - Διαβήτη: ο κίνδυνος είναι περίπου διπλάσιος για τους άντρες και παραπάνω από διπλάσιος στις γυναίκες.
 - Οικογενειακό ιστορικό πρόωξης ΣΝ
 - Χαμηλή HDL χοληστερόλη. Οι πίνακες αυτοί προτζαθεύουν ότι η HDL είναι 39 mg/dl στους άντρες και 43 στις γυναίκες.
 - Υψηλά τραγκκερίδια (> 180mg/dl).
 - Όταν το άτομο πλησιάζει στην υψηλότερη ηλικιακή ομάδα.
- Για να βρείτε το σχετικό κίνδυνο ενός ατόμου, συγκρίνατε την κατηγορία κινδύνου που ανήκουν με αυτήν άλλων ανθρώπων ίδιας ηλικίας. Ο ακριβέστερος κίνδυνος που εμφανίζεται στο διάγραμμα αυτό αφορά να μην ισχύει για όλους τους πληθυσμούς, ειδικά για όσους εμφανίζουν χαμηλά ποσοστά επίπτωσης ΣΝ. Ο σχετικός κίνδυνος είναι πιθανό να ισχύει σε όλους τους πληθυσμούς.
- Η απόδοση της μεταβολής της χοληστερόλης, του κινδύνου ή των επιπέδων αρτηριακής πίεσης εμφανίζεται στο διάγραμμα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις, από τις οποίες η στεφανιαία νόσος είναι η πιο συχνή, είναι οι κυριότερες αίτιες θανάτου στη μέση και τη μεγάλη ηλικία, στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες. Οδηγούν σε σημαντικό βαθμό αναπηρία και μείωση της παραγωγικότητας και συμμετέχουν σε μεγάλο βαθμό στην κλιμακούμενη αύξηση του κόστους υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα σε γερασμένους πληθυσμούς.

Η στεφανιαία νόσος παραμένει η κύρια αιτία θνησιμότητας σε άντρες άνω των 45 ετών, και στις γυναίκες άνω των 65 ετών σε όλη την Ευρώπη, αλλά υπάρχουν τεράστιες διαφορές στην εμφάνιση της νόσου τόσο μεταξύ των διαφόρων κρατών όσο και μέσα στην ίδια χώρα με το πέρασμα του χρόνου. Η στεφανιαία νόσος παρουσιάζει μια σαφή διαφορά μεταξύ Ανατολής και Δύσης με πενταπλάσια θνησιμότητα στις ανατολικές χώρες. Κατά την περίοδο 1970-92 παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ χωρών, στην ετήσια μεταβολή των ποσοστών θνησιμότητας από στεφανιαία νόσο σε άντρες ηλικίας μεταξύ 45 και 74 ετών. Παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση στις χώρες της ανατολικής Ευρώπης. Αντιθέτως η θνησιμότητα από στεφανιαία νόσο μειώθηκε στην βόρεια και την δυτική Ευρώπη. Αιτία ανησυχίας αποτελεί η πρόσφατη αύξηση της θνησιμότητας από στεφανιαία νόσο που παρουσιάστηκε στην Ελλάδα, μεταξύ των χωρών της νοτίου Ευρώπης.

Στην Ελλάδα η πορεία της θνησιμότητας παρουσιάζει μια ιδιαιτερότητα: μέχρι το 1960 ήταν χαμηλή, η χαμηλότερη μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών. Από τότε όμως και μέχρι το 1975 παρουσίασε ταχεία αύξηση και σχεδόν διπλασιάστηκε. Μέχρι το 1985 αυξήθηκε με βραδύτερο ρυθμό και από το 1990 άρχισε πτώση αυτής που το 1995 έφθασε το 7%^{1α,1β}. Η μείωση αυτή φαίνεται ότι οφείλεται στη βελτίωση της περίθαλψης που επετεύχθη τα τελευταία χρόνια και δεν αποτελεί αποτέλεσμα πρόληψης. Πράγματι η ενδονοσοκομειακή θνητότητα του οξέος εμφράγματος έχει μειωθεί την τελευταία δεκαετία περίπου το ήμισυ^{1γ,1δ}, ενώ αντίθετα η επίπτωση του όπως συμπεραίνεται από τον αριθμό των εξωνοσοκομειακών θανάτων, έχει αυξηθεί. Εκτιμάται ότι η μείωση αυτή της θνησιμότητας δεν θα συνεχιστεί αφού τα θεραπευτικά περιθώρια θα εξαντληθούν. Αλλά και αν ακόμα επιτευχθεί μηδενική ενδονοσοκομειακή θνητότητα του οξέος εμφράγματος, η θνησιμότητα της στεφανιαίας νόσου θα παραμείνει υψηλή, αφού είναι γνωστό ότι στο 23% των περιπτώσεων η στεφανιαία νόσος έχει ως πρώτη (και μοναδική) εκδήλωση τον αιφνίδιο θάνατο.

Παρόμοια με τους άντρες τάση θνησιμότητας εμφανίζεται και στις γυναίκες σε όλη την Ευρώπη, αν και αυτή αυξήθηκε μόνο σε τρεις ευρωπαϊκές χώρες, την Ρουμανία, την Πολωνία και την πρώην ανατολική Γερμανία. Στην Ελλάδα παρατηρήθηκε μια αύξηση από το 1960 μέχρι το 1975, μικρότερη όμως από αυτή των αντρών. Από το 1990 παρατηρείται μείωση, η οποία το 1995 έφτασε αθροιστικά το 30%.

Υπάρχουν επίσης σημαντικές διαφορές στην νοσηρότητα και θνησιμότητα από στεφανιαία νόσο μεταξύ των διάφορων κοινωνικό-οικονομικών τάξεων στις Ευρωπαϊκές χώρες^{2,3}. Οι διαφορές αυτές μπορούν εν μέρει να εξηγηθούν από κοινωνικό-οικονομικές διαφορές στην επίπτωση των κλασικών παραγόντων κινδύνου, όπως το κάπνισμα, η αρτηριακή πίεση, η χοληστερόλη αίματος και το σάκχαρο. Το κάπνισμα, π.χ., εμφανίζεται συχνότερα ως συνήθεια στις κατώτερες κοινωνικά τάξεις τόσο μεταξύ των αντρών όσο και μεταξύ των γυναικών στις βιομηχανικές χώρες⁴⁻⁸. Μια άλλη εξήγηση είναι η έλλειψη υγιεινών συνηθειών και γνώσεις υγιεινής διαβίωσης στις κατώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις. Η μη υγιεινή διατροφή καθώς και η υπερβολική κατανάλωση τροφής συνδυαζόμενες με την έλλειψη σωματικής δραστηριότητας αυξάνουν την επίπτωση της παχυσαρκίας στα άτομα χαμηλής κοινωνικοοικονομικής κατάστασης^{11,12}. Όμως η σημαντικότερη παράγοντες που μπορούν να εξηγήσουν τις διαφορές μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ομάδων φαίνεται να είναι οι ψυχοσωματικοί. Η καταπόνηση από σκληρή σωματική εργασία, η έλλειψη έλεγχου στην εργασιακή κατάσταση, η έλλειψη κοινωνικής στήριξης καθώς και η αδυναμία αντιμετώπισης ανηχογενών παραγόντων που συναντώνται στην καθημερινή ζωή είναι δείκτες πρόβλεψης στεφανιαίου συμβάντος, ιδιαίτερα στους άντρες αλλά σε ορισμένες μελέτες και στις γυναίκες¹³⁻¹⁶. Οι παράγοντες αυτοί είναι περισσότερο διαδεδομένοι στις χαμηλές κοινωνικοοικονομικές ομάδες και εξηγούν πάνω από το 50% της διαφοράς επίπτωσης της στεφανιαίας νόσου μεταξύ διαφορετικών κοινωνικοοικονομικών τάξεων τόσο στους άντρες όσο και στις γυναίκες¹⁷⁻¹⁹.

Το 1994 μια ομάδα εργασίας της ευρωπαϊκής καρδιολογικής εταιρίας, της ευρωπαϊκής εταιρίας αθηροσκλήρωσης και της ευρωπαϊκής εταιρίας υπέρτασης δημοσίευσε κοινές οδηγίες για την πρόληψη της στεφανιαίας νόσου στην κλινική πράξη²⁰. Αυτές οι κοινωνικές οδηγίες αποτέλεσαν το πρώτο σημαντικό βήμα στην συνεργασία μεταξύ ειδικών ώστε η πρόληψη της στεφανιαίας νόσου να γίνει κοινός στόχος.

Η πρώτη προτεραιότητα της πρόληψης της στεφανιαίας νόσου δόθηκε στους ασθενείς με ήδη εγκατεστημένη στεφανιαία ή άλλη αθηροσκληρυντική νόσο. Η επόμενη προτεραιότητα στην πρόληψη δόθηκε σε άτομα του γενικού πληθυσμού τα οποία

βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης στεφανιαίας ή άλλης αθηροσκληρυντικής νόσου. Η εκτίμηση του κινδύνου στηρίζεται στην αντίληψη ότι αυτός είναι πολυπαραγοντικός, δηλαδή ο απόλυτος κίνδυνος ανάπτυξης της νόσου βασίζεται στην συνεκτίμηση όλων των παραγόντων κινδύνου. Σχεδιάστηκε ένα διάγραμμα στεφανιαίου κινδύνου ώστε να μπορεί ο γιατρός να υπολογίσει αυτόματα τον κίνδυνο. Το διάγραμμα αυτό δείχνει πως ένα άτομο με αριθμητικά μέτριους αλλά πολλούς παράγοντες κινδύνου μπορεί να διατρέχει σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο από ένα άλλο άτομο με ένα μόνο αλλά σε πολύ υψηλά επίπεδα παράγοντα κινδύνου. Ως εκ τούτου, οι παρούσες οδηγίες δίνουν έμφαση στον υπολογισμό και την εξέταση όλων των παραγόντων κινδύνου και όχι στα επίπεδα ενός μόνο παράγοντα, όταν αποφασίζεται το μέγεθος της μεταβολής του τρόπου ζωής που απαιτείται και το σημαντικότερο, το εάν θα πρέπει ή όχι να χρησιμοποιηθούν φάρμακα. Η προσέγγιση αυτή αναγνωρίζει τρία σημαντικά γεγονότα: **ότι η στεφανιαία νόσος είναι πολυπαραγοντικής αιτιολογίας, ότι οι παράγοντες κινδύνου μπορούν να έχουν δυναμικό και όχι απλά αθροιστικό αποτέλεσμα και ότι ως ιατροί ασχολούνται με το άτομα ως σύνολο και όχι μεμονωμένους παράγοντες κινδύνου.** Η τρίτη προτεραιότητα στην πρόληψη είναι οι στενοί συγγενείς ασθενών με πρώιμη στεφανιαία ή άλλες αγγειακές νόσους και τα άτομα υψηλού κινδύνου στο γενικό πληθυσμό. Οι συγγενείς αυτοί βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης καρδιαγγειακής νόσου σε σχέση με γενικό πληθυσμό, ειδικά οι συγγενείς πρώτου βαθμού με πρώιμη στεφανιαία νόσο. Ακόμη, τα μέλη της οικογένειας και ειδικότερα ένας ενήλικας σύντροφος που μοιράζονται την ίδια στέγη μπορεί να επηρεάσει θετικά την υιοθέτηση ενός υγιεινότερου τρόπου ζωής.

Μετά την κοινή δημοσίευση των ευρωπαϊκών εταιριών των Οκτώβριο του 1994 έγινε μια συνάντηση των 37 εθνικών καρδιακών εταιριών που απαρτίζουν την ευρωπαϊκή καρδιολογική εταιρία στο Heart House, στην αντίπολη της Γερμανίας τον Ιανουάριο του 1995 με σκοπό την υιοθέτηση μιας κοινής στρατηγικής πάνω στην αποδοχή, την διασπορά και την εφαρμογή των οδηγιών αυτών στην καθημερινή κλινική πράξη σε όλη την Ευρώπη. Αυτό οδήγησε στην δημοσίευση και την διανομή τους σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες²¹⁻⁴². Η American Heart Association εξέδωσε τον ίδιο χρόνο μια κοινή ανακοίνωση σχετικά με την «Πρόληψη Καρδιακού Επεισοδίου και Θανάτου σε Ασθενείς με Στεφανιαία Νόσο» η οποία υποστηρίχτηκε και από το American College of Cardiology⁴³. Και αυτή η ανακοίνωση έδινε έμφαση στη σημασία παρέμβασης στους παράγοντες κινδύνου σε ασθενείς με εγκατεστημένη στεφανιαία νόσο με σκοπό τη μείωση του κινδύνου για έμφραγμα του μυοκαρδίου και της ανάγκης για επαναγγείωση, τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και της

συνολικής αύξησης της επιβίωσης. Το 1996 η 27^η Bethesda Conference επανέλαβε αυτή την άποψη, υποστηρίζοντας την αρχή της προσαρμογής του βαθμού μεταβολής παραγόντων κινδύνου ανάλογα με τον κίνδυνο για στεφανιαία νόσο και τόνισε ότι η αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου θα πρέπει να είναι αναπόσπαστο μέρος της ορθής θεραπείας των ασθενών με στεφανιαία νόσο ή των ατόμων που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίας ή άλλης αθηροσκληρυντικής νόσου⁴⁴. Συμπερασματικά, υπάρχει ομοφωνία στις κλινικές προτεραιότητες για στεφανιαία πρόληψη και την ανάγκη να τεθούν ως στόχος τα άτομα που διατρέχουν τον υψηλότερο κίνδυνο, όπως αυτός υπολογίζεται από την συνεκτίμηση όλων των παραγόντων κινδύνου.

Παρά την αξιολόγηση αυτή ομοφωνία που αναπτύχθηκε μεταξύ των εταιριών, η κλινική πραγματικότητα βρίσκεται ακόμα μακριά από το στόχο των οδηγιών αυτών. Μια μελέτη εννέα Ευρωπαϊκών χωρών (EUROASPIRE)⁴⁵ η οποία περιλάμβανε 3569 ασθενείς με στεφανιαία νόσο και βασίστηκε σε μια άλλη μελέτη (ASPIRE)⁴⁶ δευτερογενούς πρόληψης που έγινε αρχικά στο Ηνωμένο Βασίλειο, έδειξε ότι υπάρχουν σημαντικά περιθώρια βελτίωσης στον έλεγχο των παραγόντων κινδύνου. Περίπου ένας στους πέντε στεφανιαίους ασθενείς που είτε νοσηλεύτηκαν για οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου ή μυοκαρδιακή ισχαιμία είτε υποβλήθηκαν σε επαναγγείωση ξανάρχισε το κάπνισμα μετά την έξοδο από το νοσοκομείο. Το 25% ήταν παχύσαρκοι, το 53% εμφάνιζε αυξημένη αρτηριακή πίεση το 44% είχε αυξημένη χοληστερόλη και το 18% ήταν διαβητικοί. Βρέθηκε δηλαδή υψηλός επιπολασμός τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου σε ασθενείς που έχουν να κερδίσουν τα μέγιστα από την αποτελεσματική καταπολέμηση τους.

Συνέχεια της μελέτης αυτής ήταν η EUROASPIRE II^{59,60} στην οποία έλαβαν μέρος και άλλες 6 χώρες μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα. Τα αρχικά αποτελέσματα της EUROASPIRE II δεν είναι ενθαρρυντικά. Η συχνότητα του καπνίσματος δεν είχε μεταβληθεί στα 5 έτη που διέρρευσαν ούτε ο επιπολασμός της υπέρτασης.

Οι ευρωπαϊκές εταιρίες, στο φως των αποτελεσμάτων των νέων μελετών σχετικά με τη μείωση των λιπιδίων και άλλων νεώτερων επιστημονικών ενδείξεων, αποφάσισαν ότι οι οδηγίες του 1994 πάνω στη στεφανιαία πρόληψη θα έπρεπε να αναθεωρήσουν. Για το λόγο αυτό, μια δεύτερη ομάδα εργασίας βασιζόμενη στις τρεις αρχικές εταιρίες συνήλκε και επεκτάθηκε με την προσθήκη των επαγγελματιών ενασχολήσεων της ιατρικής της συμπεριφοράς, της πρωτογενούς πρόληψης και του Ευρωπαϊκού Καρδιολογικού Δικτύου. Ο σκοπός των νέων αυτών κοινών οδηγιών ήταν η περίληψη των πιο σημαντικών θεμάτων σχετικά με την πρόληψη της στεφανιαίας νόσου πάνω στα όποια υπάρχει γενική

ομόφωνης, ιδωμένων από κλινική σκοπιά, με σκοπό να δώσουν στους καρδιολόγους και τους άλλους ιατρούς καθώς και στους υπόλοιπους υγειονομικούς τις καλύτερες δυνατές συμβουλές και να διευκολύνουν τη δουλεία τους στην πρόληψη της στεφανιαίας νόσου. Η προτεραιότητα για τους ιατρούς είναι πάντα οι ασθενείς με εγκατεστημένη ήδη στεφανιαία ή άλλη αθηροσκληρυντική νόσο καθώς και τα άτομα υψηλού κινδύνου λόγω του ότι η δυνατότητα προληπτικής παρέμβασης στις κατηγορίες αυτές είναι η μεγαλύτερη και υπάρχουν σημαντικά περιθώρια βελτίωσης της σημερινής κλινικής πράξης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ Ή ΑΛΛΗΣ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΥΝΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ.

2.1. ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ (σε άτομα υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου ή άλλης μείζονος αθηροσκληρυντικής νόσου.)

2.1.1. Στόχοι της πρωτογενούς πρόληψης της στεφανιαίας νόσου

Ο γενικός στόχος πρόληψης της στεφανιαίας νόσου σε υγιή άτομα υψηλού κινδύνου είναι να μειωθεί ο κίνδυνος που διατρέχουν να αναπτύξουν κλινική εκδήλωση στεφανιαίας ή άλλης μορφής αθηροσκληρυντικής νόσου. Ασυμπτωματικά άτομα μέσης ηλικίας, με δυσμενή τρόπο ζωής και διάφορους σχετιζόμενους με αυτό παράγοντες κινδύνου μπορεί να διατρέχουν τον ίδιο υψηλό κίνδυνο για θάνατο από στεφανιαία νόσο ή για μείζον μη θανατηφόρο ισχαιμικό συμβάν με ασθενείς που ανάρρωσαν από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου χωρίς σημαντική μυοκαρδιακή βλάβη ή μόνιμη μυοκαρδιακή ισχαιμία.

Βασικά, για τα υγιή αυτά άτομα υψηλού κινδύνου ο στόχος της προληπτικής δράσης σκοπεύει σε αλλαγές του τρόπου ζωής παρόμοιες με αυτές που θα περιγραφούν στη δευτερογενή πρόληψη. Όσον αφορά τη βελτίωση και τη διατήρηση της φυσικής κατάστασης διαμέσου συστηματικής σωματικής άσκησης, στα υγιή άτομα υπάρχει η τάση να συνιστώνται πιο έντονα προγράμματα άσκησης από ότι στους ασθενείς που πάσχουν από συμπτωματική στεφανιαία νόσο. Στη μετατροπή των παραγόντων κινδύνου, θα πρέπει πάντα να προτάσσονται οι κατάλληλες μεταβολές στον τρόπο ζωής, αλλά με προσοχή στην αρτηριακή πίεση και τα επίπεδα λιπιδίων πλάσματος. Σε άτομα τα οποία διατρέχουν ιδιαίτερα υψηλό κίνδυνο και δεν ανταποκρίνονται ικανοποιητικά σε μέτρα μεταβολής του τρόπου ζωής θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η φαρμακευτική θεραπεία. Ενδείξεις από μελέτες δεν υποστηρίζουν τη χρήση ασπιρίνης σε ασυμπτωματικά άτομα με την εξαίρεση των υπέρτασικών που λαμβάνουν αποτελεσματική φαρμακευτική αγωγή και των αντρών που διατρέχουν ιδιαίτερα υψηλό κίνδυνο στεφανιαίας νόσου.

Στις περιπτώσεις όπου έχει διαγνωστεί γενετικά προκαθορισμένη σοβαρή δυσλιπιδαιμία (π.χ. οικογενής δυσλιπιδαιμία, οικογενής συνδυασμένη δυσλιπιδαιμία), οι στενότεροι συγγενείς του ατόμου αυτού θα πρέπει να ελέγχονται για την ύπαρξη της νόσου.

2.1.2. Υπολογισμός του στεφανιαίου κινδύνου

Ο απόλυτος κίνδυνος ανάπτυξης στεφανιαίας νόσου κατά τα επόμενα 10 χρόνια μπορεί να υπολογιστεί από το διάγραμμα στεφανιαίου κινδύνου (εικόνα 1) χρησιμοποιώντας το φύλο, την ηλικία, το κάπνισμα, τη συστολική αρτηριακή πίεση και την ολική χοληστερόλη. Για όσους ο απόλυτος κίνδυνος για στεφανιαία νόσο κατά τα επόμενα 10 χρόνια είναι $\geq 20\%$ (ή θα ξεπεράσει το 20% εάν προβληθεί στην ηλικία των 60 ετών) συνιστάται εντατική προσπάθεια μεταβολής των παραγόντων κινδύνου συμπεριλαμβάνοντας, όπου αυτό κρίνεται αναγκαίο, την επιλεκτική χρήση αποδεδειγμένα χρήσιμων φαρμακευτικών ουσιών. Στην ομάδα αυτή υψηλού κινδύνου είναι ιδιαίτερα σημαντική η μεταβολή του τρόπου ζωής.

2.1.3. Τρόπος ζωής

Τα άτομα υψηλού κινδύνου θα πρέπει να ενθαρρύνονται ιδιαίτερα να σταματήσουν το κάπνισμα, να επιλέγουν υγιεινές τροφές και να ασκούνται σωματικά. Η αποφυγή υπερβάλλοντος βάρους ή η απώλεια βάρους στους υπέρβαρους είναι σημαντικές στην πρωτογενή πρόληψη. Με αυτές τις μεταβολές στο τρόπο ζωής είναι πιθανό να αποφευχθεί η ανάγκη λήψης φαρμακευτικής θεραπείας εφ' όρου ζωής.

2.1.4. Αρτηριακή πίεση

Κλινικές μελέτες μείωσης της αρτηριακής πίεσης, με τη χρήση διαφορετικών φαρμακευτικών ουσιών έχουν αποδείξει με πειστικό τρόπο ότι οι σχετιζόμενοι με την αρτηριακή υπέρταση κίνδυνοι, ειδικά τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ) αλλά και η στεφανιαία νόσος και η καρδιακή ανεπάρκεια, μπορούν να μειωθούν σημαντικά. Η μείωση αυτή του κινδύνου φαίνεται να οφείλεται στη μείωση της αρτηριακής πίεσης αυτής καθ' αυτήν, παρά σε κάποια ενδογενή ιδιότητα των φαρμακευτικών αντιυπερτασικών σκευασμάτων που χρησιμοποιήθηκαν. Καθώς η στεφανιαία νόσος ευθύνεται για το μεγαλύτερο ποσοστό θανάτων από καρδιαγγειακά αίτια, ο πρωταρχικός στόχος μείωσης της αρτηριακής πίεσης είναι η μείωση του κινδύνου για την ανάπτυξη της νόσου αυτής.

Η απόφαση για χορήγηση φαρμάκων στην αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης εξαρτάται αφ' ενός από τον απόλυτο κίνδυνο για στεφανιαία νόσο, αφ' ετέρου τόσο από τα επίπεδα συστολικής όσο και διαστολικής πίεσης καθώς και από τις βλάβες στα όργανα-στόχος (εικόνα 2) Άτομα τα οποία έχουν επίμονα συστολική αρτηριακή πίεση $\geq 180\text{mmHg}$ και/ή διαστολική $\geq 100\text{mmHg}$, παρά τη μεταβολή του τρόπου ζωής αντιμετωπίζουν αρκετά

υψηλό κίνδυνο για στεφανιαία νόσο, ΑΕΕ και καρδιακή ανεπάρκεια και ως εκ τούτου χρειάζονται φαρμακευτική αγωγή. Άτομα με συστολική αρτηριακή πίεση (ΣΑΠ) 160-79mmHg και/ή διαστολική αρτηριακή πίεση (ΔΑΠ) μεταξύ 95 και 99mmHg συχνά χρήζουν φαρμακευτικής αντιμετώπισης εάν οι τιμές αυτές επιμένουν. Όσοι εμφανίζουν ηπιότερη αύξηση αρτηριακής πίεσης (ΣΑΠ 140-59mmHg και/ή ΔΑΠ 90-94 mmHg) μπορεί να χρειάζονται φαρμακευτική αντιμετώπιση αλλά αυτό θα εξαρτάται από την παρουσία άλλων παραγόντων κινδύνου(απόλυτος κίνδυνος για στεφανιαία νόσο κατά τα επόμενα 10 χρόνια $\geq 20\%$ ή πάνω από 20% εάν προβληθεί στην ηλικία των 60 ετών) και από την παρουσία ή όχι βλαβών στα όργανα-στόχος. Αντίθετα, συνήθως δεν θα χρειάζονται φαρμακευτική αντιμετώπιση για τα ίδια επίπεδα αρτηριακής πίεσης αυτοί που βρίσκονται στα χαμηλότερα επίπεδα απόλυτου κινδύνου για στεφανιαία νόσο.

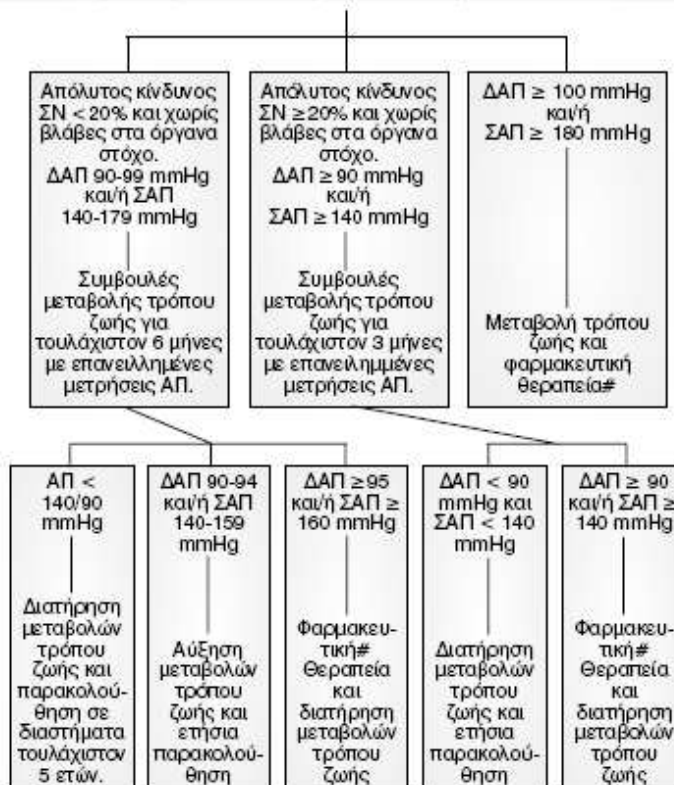
Όταν ξεκινάμε αντιυπερτασική θεραπεία θα πρέπει να τίθεται μια τιμή-στόχος της αρτηριακής πίεσης και η φαρμακευτική δοσολογία να προσαρμόζεται ανάλογα έως ότου η τιμή αυτή επιτευχθεί. Μια τιμή-στόχος αρτηριακής πίεσης σταθερά κάτω από 140/90mmHg είναι κατάλληλη για πρωτογενή πρόληψη. Για νεαρά άτομα, διαβητικούς ασθενείς και ασθενείς με παρεγχυματική νεφρική νόσο ο στόχος της αρτηριακής πίεσης μπορεί να είναι ακόμη χαμηλότερος.

Η μείωση της καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνησιμότητας με τη χορήγηση αντιυπερτασικής αγωγής με διουρητικά και β-αναστολείς έχει αποδειχθεί σε ικανοποιητικό βαθμό. Παρόμοιες ενδείξεις έχουν βρεθεί προσφάτως όσον αφορά τους ανταγωνιστές ασβεστίου. Σε ορισμένες από τις μελέτες αυτές όμως, έχουν χρησιμοποιηθεί και αναστολείς του ΜΕΑ καθώς και άλλα φάρμακα στα μεικτά θεραπευτικά σχήματα που χρησιμοποιήθηκαν. Για το λόγο αυτό διάφορες κατηγορίες φαρμάκων μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην αντιυπερτασική αγωγή με στόχο την κατάλληλη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης.

Πρωτογενής Πρόληψη

Οδηγίες Ρύθμισης Αρτηριακής Πίεσης

Υπολογισμός απόλυτου κινδύνου ΣΝ* χρησιμοποιώντας το Διάγραμμα Στεφανιαίου Κινδύνου. Χρησιμοποιείστε την αρχική μέτρηση αρτηριακής πίεσης στο ιατρείο# για να υπολογίσετε το στεφανιαίο κίνδυνο



* Υψηλός κίνδυνος ΣΝ ≥ 20% στα 10 έτη ή θα ξεπεράσει το 20% εάν προβληθεί στην ηλικία των 80 ετών.

Ελέγξτε αιτίες δευτερογενούς υπέρτασης. Εάν κρίνεται αναγκαίο συμβουλευτείτε ειδικούς.

Εικόνα 2. Οδηγός πρωτογενούς πρόληψης ρύθμισης αρτηριακής πίεσης.

2.1.5. Λιπίδια αίματος

Κλινικές μελέτες μείωσης των λιπιδίων με δίαιτα και διάφορα φαρμακευτικά σκευάσματα έχουν αποδείξει ότι ο σχετιζόμενος με υψηλές τιμές χοληστερόλης αυξημένος κίνδυνος για στεφανιαία νόσο μπορεί να μειωθεί σημαντικά. Η μείωση αυτή του κινδύνου είναι πιθανότερο να σχετίζεται με τη μείωση των λιποπρωτεϊνών, ιδιαίτερα της LDL

χοληστερόλης, παρά σε κάποια εσωτερική ιδιότητα των υπολιπιδαιμικών φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν.

Η απόφαση για τη χορήγηση φαρμάκων προς αντιμετώπιση της υπερλιπιδαιμίας εξαρτάται τόσο από τον απόλυτο κίνδυνο για στεφανιαία νόσο όσο και από τα επίπεδα των λιπιδίων, τη λιπιδαιμική εικόνα και το οικογενειακό ιστορικό πρώιμης στεφανιαίας ή άλλης αθηροσκληρυντικής νόσου (εικόνα 3). Ασθενείς με οικογενή υπερχοληστεριναιμία βρίσκονται σε τόσο αυξημένο κίνδυνο για πρώιμη στεφανιαία νόσο που χρήζουν πάντοτε φαρμακευτικής αντιμετώπισης. Άτομα τα όποια διατρέχουν υψηλό κίνδυνο στεφανιαίας νόσου λόγω συνδυασμού παραγόντων κινδύνου ή λόγω υψηλών επιπέδων χοληστερόλης που δεν μειώνονται με τη δίαιτα χρήζουν φαρμακευτικής αντιλιπιδαιμικής αγωγής.

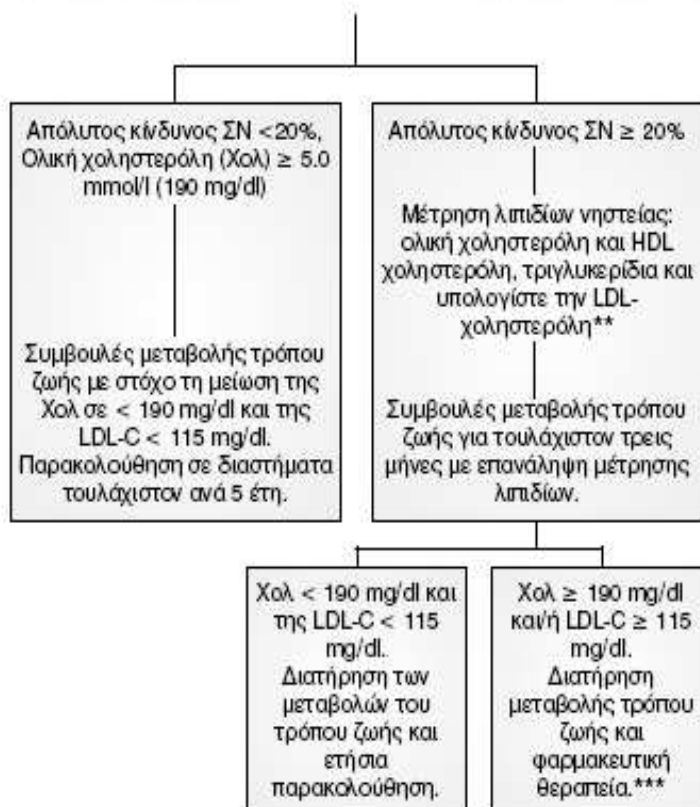
Όταν αρχίζει υπολιπιδαιμική αγωγή πρέπει η δόση του φαρμάκου να τιτλοποιείται ώστε να επιτυγχάνεται η τιμή στόχος των λιπιδίων. Πιθανώς να είναι αδύνατο να επιτευχθεί ο στόχος σε όλα τα άτομα υψηλού κινδύνου με τη δίαιτα ή με ένα υπολιπιδαιμικό φάρμακο και για το λόγο αυτό ορισμένοι ασθενείς θα χρειαστούν συνδυασμό φαρμάκων. Όσοι έχουν πολύ υψηλά επίπεδα χοληστερόλης ή LDL χοληστερόλης μπορεί να μην φθάσουν στον επιθυμητό στόχο ούτε με τη μέγιστη θεραπεία αλλά και αυτοί θα ωφεληθούν ανάλογα με τη μείωση των τιμών χοληστερόλης.

Υπάρχουν τέσσερις κατηγορίες φαρμάκων αυτή τη στιγμή (στατίνες, φιβράτες, ρητίνες και νιασίνη) και ένα ή περισσότερα φάρμακα από κάθε κατηγορία έχουν δείξει ότι μειώνουν τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα από στεφανιαία νόσο αλλά οι ενδείξεις σχετικά με την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια είναι ισχυρότερες για τις στατίνες.

Πρωτογενής Πρόληψη

Οδηγίες Ρύθμισης Λιπιδαιμικών Διαταραχών

Υπολογισμός απόλυτου κινδύνου ΣΝ* χρησιμοποιώντας το Διάγραμμα Στεφανιαίου Κινδύνου. Χρησιμοποιείτε την αρχική μέτρηση αρτηριακής πίεσης στο ιατρείο* για να υπολογίσετε το στεφανιαίο κίνδυνο



* Υψηλός κίνδυνος ΣΝ ≥ 20% στα 10 έτη ή θα ξεπεράσει το 20% εάν προβληθεί στην ηλικία των 60 ετών.

** HDL χοληστερόλη < 40 mg/dl και τριγλυκερίδια νηστείας > 180 mg/dl αποτελούν δείκτες αυξημένου κινδύνου για ΣΝ.

*** Λάβετε υπόψη σας τις γενετικά προκαθορισμένες υπερλιπιδαιμίες (ολική χοληστερόλη συνήθως > 300 mg/dl με στίγματα υπερλιπιδαιμίας και οικογενειακό ιστορικό πρόωμης ΣΝ) καθώς και αίτια δευτερογενούς υπερχοληστεριναϊμίας όπως παχυσαρκία, διαβήτης, αλκοόλ, υποθυρεοειδισμός, ηπατική ή νεφρική νόσο. Εάν κρίνεται αναγκαίο συμβουλευτείτε ειδικούς.

Εικόνα 3. Πρωτογενής πρόληψη. Οδηγίες ρύθμισης λιπιδαιμικών διαταραχών.

2.1.6. Σάκχαρο αίματος

Μέχρι στιγμής δεν υπάρχουν μελέτες για τη σχέση της ρύθμισης του σακχάρου αίματος και του κινδύνου για στεφανιαία ή άλλη αθηροσκληρωτική νόσο στους διαβητικούς

ασθενείς. Στο διαβήτη τύπου 1 και 2 όσο μεγαλύτερη η υπεργλυκαιμία τόσο μεγαλύτερος ο κίνδυνος αθηροσκληρυντικής νόσου. Ο καλός έλεγχος του σακχάρου έχει ευεργετικά αποτελέσματα στη διαβητική μικροαγγειακή νόσο και σε άλλες επιπλοκές του διαβήτη και θα πρέπει να επιτυγχάνεται στο βαθμό του εφικτού σε όλους τους διαβητικούς ασθενείς, για κάθε επίπεδο τιμών ενός παράγοντα κινδύνου -κάπνισμα, αρτηριακή πίεση και λιπίδια αίματος- και για κάθε συνδυασμό αυτών των παραγόντων κινδύνου, ο ολικός κίνδυνος για στεφανιαία νόσο ενός διαβητικού ασθενή είναι σημαντικά υψηλότερος από τον κίνδυνο ενός μη-διαβητικού ασθενή. Για το λόγο αυτό, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να επιτευχθούν οι τιμές-στόχοι στους διαβητικούς ασθενείς.

2.1.7. Άλλες προφυλακτικές φαρμακευτικές θεραπείες

Η ασπιρίνη ή άλλα αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα δεν συνιστώνται συνήθως στην αντιμετώπιση ατόμων υψηλού κινδύνου. Υπάρχουν ενδείξεις ότι χαμηλές δόσεις ασπιρίνης (75 mg) μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο στεφανιαίας νόσου σε υπερτασικούς ασθενείς που λαμβάνουν αγωγή και που η πίεση τους είναι καλά ελεγχόμενη καθώς και σε άντρες που διατρέχουν ιδιαίτερα υψηλό κίνδυνο για στεφανιαία νόσο. Η χορήγηση ασπιρίνης δεν συνιστάται σε όλα τα άτομα υψηλού κινδύνου.

2.1.8. Έλεγχος στενών συγγενών

Οι στενοί συγγενείς ασθενών για τους οποίους υπάρχει υποψία ότι μπορεί να πάσχουν από οικογενή υπερχοληστεριναιμία ή άλλη κληρονομούμενη δυσλιπιδαιμία θα πρέπει να ελέγχονται για τα επίπεδα των λιπιδίων τους.

2.2. ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ (Ασθενείς με στεφανιαία ή άλλη αθηροσκληρυντική νόσο).

2.2.1. Στόχοι της δευτερογενούς πρόληψης της στεφανιαίας νόσου

Ο γενικός στόχος πρόληψης της στεφανιαίας νόσου, τόσο σε ασθενείς με βεβαιωμένη κλινικά στεφανιαία ή άλλη αθηροσκληρυντική νόσο όσο και σε υγιή άτομα υψηλού κινδύνου είναι ο ίδιος: η μείωση του κινδύνου εμφάνισης σημαντικής στεφανιαίας νόσου και ως εκ τούτου η μείωση της πρώιμης αναπηρίας, της θνησιμότητας και η παράταση της επιβίωσης. Στις οδηγίες αυτές έχουν τεθεί στόχοι όχι μόνο για τη μεταβολή του τρόπου ζωής αλλά και τιμές-στόχοι για την αρτηριακή πίεση, τα λιπίδια του αίματος και

το σάκχαρο αίματος τόσο στη δευτερογενή όσο και στην πρωτογενή πρόληψη της στεφανιαίας νόσου (πίνακας 1).

Πίνακας 1. Στόχοι μεταβολής τρόπου ζωής και φαρμακευτικής θεραπείας σε ασθενείς με ΣΝ, ή άλλη αθηροσκληρωτική νόσο, καθώς και για υγιή άτομα υψηλού κινδύνου.

Ασθενείς με ΣΝ ή άλλη αθηρωματική νόσο.	Υγιή άτομα υψηλού κινδύνου. Απόλυτος κίνδυνος ΣΝ στα 10 έτη $\geq 20\%$, ή θα ξεπεράσει το 20% εάν προβληθεί στην ηλικία των 60 ετών.
Τρόπος Ζωής Διακοπή καπνίσματος, επιλογή υγιεινών διατροφικών επιλογών, τρόπος ζωής ο οποίος να περιλαμβάνει σωματική δραστηριότητα και επίτευξη ιδανικού σωματικού βάρους.	
Άλλοι παράγοντες κινδύνου Αρτηριακή πίεση < 140/90 mmHg. Ολική χοληστερόλη < 190 mg/dl (< 5 mmol/l), LDL χοληστερόλη < 115mg/dl (3,0 mmol/l). Όταν αυτές οι τιμές-στόχος των παραγόντων κινδύνου δεν επιτυγχάνονται μέσω μεταβολών τρόπου ζωής, θα πρέπει να χρησιμοποιείται φαρμακευτική θεραπεία.	
Άλλες προληπτικές φαρμακευτικές θεραπείες	
<ul style="list-style-type: none"> - Ασπιρίνη (τουλάχιστον 75 mg) για όλους τους στεφανιαίους ασθενείς, καθώς και όσους πάσχουν από εγκεφαλική αθηροσκληρόνωση και περιφερική αθηροσκληρωτική νόσο. - β-αναστολείς σε μετεμφραγματικούς ασθενείς - α-MEA σε ασθενείς με συμπτώματα ή σημεία καρδιακής ανεπάρκειας τη στιγμή του OEM, ή με χρόνια συστολική δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας (KE<40%) - Αντιπηκτικά σε επιλεγμένους στεφανιαίους ασθενείς. 	Ασπιρίνη (75 mg) σε υπέρτασικούς ασθενείς υπό φαρμακευτική αγωγή και σε άντρες με ιδιαίτερα υψηλό κίνδυνο στεφανιαίας νόσου.
Έλεγχος στενών συγγενών	
Ελέγξτε τους στενοί συγγενείς ασθενών με πρόιμη (άντρες < 55 έτη, γυναίκες < 65 έτη) ΣΝ	Ελέγξτε τους στενοί συγγενείς εάν υποπτεύεστε οικογενή υπερχοληστερολαιμία ή άλλη κληρονομώμενη υπερλιπιδαιμία

Ο γενικός στόχος σε ασθενείς που παρουσιάζονται με συμπτώματα στεφανιαίας νόσου –σταθερή στηθάγχη, οξύ ισχαιμικό επεισόδιο χωρίς ενδείξεις εμφράγματος ή οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου- είναι να μειωθεί η εξέλιξη της αθηρωματικής στεφανιαίας νόσου και ο κίνδυνος υπερκείμενων θρομβωτικών φαινομένων και ως εκ τούτου να μειωθεί ο κίνδυνος για ένα νέο μη-θανατηφόρο μείζον ισχαιμικό συμβάν ή για θάνατο στεφανιαίας αιτιολογίας. Το ίδιο ισχύει και για ασθενείς με άλλες μορφές αθηροσκληρωτικής νόσου. Για να συγκεκριμενοποιηθούν οι ειδικοί αυτοί στόχοι προληπτικής δράσης για κάθε ασθενή, θα πρέπει να εξετάζεται το ιστορικό της νόσου σε σχέση με τον τρόπο ζωής του ασθενούς – κάπνισμα, δίαιτα και συνήθειες σωματικής άσκησης- καθώς και το προφίλ των παραγόντων κινδύνου σε σχέση με την παχυσαρκία, την αρτηριακή πίεση, τα λιπίδια πλάσματος, κ.τ.λ.

Επίσης, σε ασθενείς που πάσχουν από στεφανιαία νόσο η προφυλακτική χρήση φαρμάκων γνωστών για τη μείωση που επιφέρουν στον κίνδυνο για μείζονα καρδιαγγειακά συμβάντα και τη θνησιμότητα από στεφανιαία νόσο –ασπιρίνη, β-αναστολείς, υπολιπιδαιμικά φάρμακα, αναστολείς του ΜΕΑ, αντιπηκτικά) πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν. Σε επιλεγμένους ασθενείς η στεφανιαία επαναγγείωση μπορεί να χρειάζεται σε προγνωστικό επίπεδο. Η χρήση της ασπιρίνης πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν και σε ασθενείς με άλλες μορφές αθηροσκληρυντικής νόσου. Ακόμη, δεδομένης της σημασίας του θετικού οικογενειακού ιστορικού για στεφανιαία νόσο και άλλες μορφές αθηροσκληρυντικής νόσου, οι στενοί συγγενείς των ασθενών που αναπτύσσουν αθηρωματική νόσο σε σχετικά νεαρή ηλικία θα πρέπει να ελέγχονται και να αναλαμβάνεται δράση ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος που διατρέχουν να αναπτύξουν συμπτωματική νόσο.

2.2.2. Τρόπος ζωής

Οι μεταβολές του τρόπου ζωής εξαρτώνται από την θέληση των στεφανιαίων ασθενών καθώς και των ατόμων υψηλού κινδύνου να μεταβάλουν τη συμπεριφορά τους. Η στιγμή κατά την οποία οι ασθενείς αναπτύσσουν συμπτώματα στεφανιαίας νόσου ή συνειδητοποιούν ότι βρίσκονται σε πολύ υψηλό κίνδυνο να υποστούν έμφραγμα του μυοκαρδίου, είναι η ιδανική ευκαιρία για να αναθεωρήσουν τον τρόπο ζωής τους. Πολλοί θα προσπαθήσουν να κάνουν τις απαραίτητες μεταβολές και με την απαραίτητη ιατρική και οικογενειακή ενθάρρυνση θα μπορέσουν να τις συνεχίσουν εφ' όρου ζωής.

2.2.3. Διακοπή Καπνίσματος

Οι ασθενείς θα πρέπει να ενθαρρύνονται και να βοηθούνται αποτελεσματικά να διακόψουν όλες τις μορφές καπνίσματος εφ' όρου ζωής. Ένας ιατρός μπορεί, με κατάλληλες και συνεχείς συμβουλές να βοηθήσει τους ασθενείς να κόψουν το κάπνισμα. Θα ήταν συνετό να αποφεύγεται και το παθητικό κάπνισμα. Θεραπείες με νικοτινούχα σκευάσματα μπορεί να είναι βοηθητικές, ειδικά για ορισμένους ασθενείς που είναι έντονα εξαρτώμενοι από την νικοτίνη. Τα αλλά μέλη της οικογένειας που ζουν στο ίδιο σπίτι μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς που διακόπτουν το κάπνισμα και να μειώσουν το κίνδυνο υποτροπής τους με το να μην καπνίζουν ούτε οι ίδιοι.

2.2.4. Επιλογή υγιεινής διατροφής

- Όλοι οι ασθενείς θα πρέπει να λαμβάνουν επαγγελματικές συμβουλές σχετικά με την επιλογή των φαγητών και να διαμορφώνουν μια δίαιτα η οποία να σχετίζεται με το χαμηλότερο κίνδυνο στεφανιαίας ή άλλης αθηροσκληρυντικής νόσου. Οι γιατροί πρέπει να τονίζουν τη σημασία της διατροφής στη μείωση του σωματικού βάρους, της αρτηριακής πίεσεως και της ολικής χοληστερόλης καθώς και στον έλεγχο του σακχάρου αίματος σε διαβητικούς ασθενείς και στη μείωση της θρομβογένεσης. Η δίαιτα αποτελεί ένα αναπόσπαστο τμήμα της συνολικής αντιμετώπισης του ασθενούς. Ο ρόλος της οικογένειας είναι ιδιαίτερα σημαντικός στο πλαίσιο αυτό, καθώς το άτομα που είναι υπεύθυνο για την αγορά και την προετοιμασία του φαγητού πρέπει να είναι ενήμερο για τις επιλογές υγιεινής διατροφής και για το πώς αυτές μπορούν να επιτευχθούν πρακτικά. Πρέπει να τονίζεται η σημασία της σωματικής δραστηριότητας στον έλεγχο του σωματικού βάρους και η ευνοϊκή επίδραση της στους άλλους παράγοντες κινδύνου. Πολλοί διαιτητικοί παράγοντες σχετίζονται με τον κίνδυνο για στεφανιαία ή άλλη αθηροσκληρυντική νόσο. Για έναν ασθενή με αθηροσκληρυντική νόσο οι διαιτητικοί στόχοι είναι οι εξής:
- Περιορισμός της πρόσληψης του ολικού λίπους στο 30% ή λιγότερο της συνολικά προσλαμβανόμενης ενέργειας, του κεκορεσμένου λίπους σε λιγότερο από το 1/3 του συνολικά προσλαμβανόμενου λίπους και της χοληστερόλης σε λιγότερο από 300 mg ημερησίως.
- Αύξηση της κατανάλωσης φρέσκων φρούτων, δημητριακών και λαχανικών.
- Περιορισμός της συνολικής πρόσληψης θερμίδων όταν χρειάζεται απώλεια βάρους.
- Περιορισμός χρήσης άλατος και αλκοόλ ιδίως όταν η αρτηριακή πίεση είναι υψηλή.

Ασθενείς οι οποίοι πάσχουν από υπέρταση, υπερχοληστεριναιμία ή άλλες μορφές δυσλιπιδαιμίας, ή σακχαρώδη διαβήτη μπορούν να ωφεληθούν από τις διατροφικές οδηγίες ενός ειδικού γιατρού. Κατάλληλες διαιτητικές μεταβολές μπορούν να επηρεάσουν θετικά όλους αυτούς τους παράγοντες κινδύνου και να μειώσουν την ανάγκη λήψεως φαρμάκων.

2.2.5 Αύξηση σωματικής δραστηριότητας

Όλοι οι ασθενείς πρέπει να ενθαρρύνονται και να βοηθούνται να αυξήσουν τη σωματική τους δραστηριότητα με ασφάλεια σε ένα επίπεδο που να συνδέεται με τη μείωση του κινδύνου για αγγειακή νόσο. Συνιστάται αεροβική άσκηση (π.χ. περπάτημα, κολύμπι ή ποδηλασία) για 20-30 λεπτά, 4-5 φορές την εβδομάδα. Οι γιατροί θα πρέπει να τονίζουν το ρόλο που έχει η σωματική δραστηριότητα στο να δίνει ένα αίσθημα ευεξίας στον ασθενή. Η φυσική δραστηριότητα βοηθά ενεργά στη μείωση του σωματικού βάρους (μαζί με την επιλογή υγιεινών τροφών), στην αύξηση της HDL χοληστερίνης, στη μείωση των τριγλυκεριδίων και στη μείωση της τάσης για θρόμβωση. Για μια ακόμη φορά ο ρόλος της οικογένειας είναι πολύ σημαντικός στην ενθάρρυνση για αύξηση της σωματικής δραστηριότητας.

2.2.6. Υπέρβαση βάρους και παχυσαρκία

Η μείωση του σωματικού βάρους θα βοηθήσει στη μείωση της αρτηριακής πίεσης, της χοληστερόλης και του σακχάρου αίματος. Η περίμετρος της μέσης είναι ένας χρήσιμος κλινικός δείκτης παχυσαρκίας και παρακολούθησης της μείωσης του σωματικού βάρους. Περίμετρος μέσης ≥ 94 εκ. στους άνδρες και ≥ 80 εκ. στις γυναίκες είναι ένδειξη για απώλεια βάρους ενώ μια περιφέρεια μέσης ≥ 102 εκ. στους άνδρες και ≥ 88 εκ. στις γυναίκες απαιτεί επιστημονική βοήθεια από ειδικό γιατρό για τη μείωση του βάρους.

2.2.7. Αρτηριακή πίεση

Σε στεφανιαίους ασθενείς ο στόχος είναι να βρίσκεται η αρτηριακή πίεση σταθερά κάτω από 140/90mmHg. Εάν ο στόχος αυτός δεν επιτευχθεί με μεταβολή του τρόπου ζωής, θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί φαρμακευτική θεραπεία. Στους στεφανιαίους ασθενείς θα πρέπει να δίνετε προτεραιότητα στη χρήση β-αναστολέων και σε περίπτωση μη ανοχής ή αναποτελεσματικότητας αυτών να δίδονται μακράς δράσης ανταγωνιστές ασβεστίου, καθώς και οι δύο αυτές κατηγορίες φαρμάκων μειώνουν τα επίπεδα αρτηριακής πίεσης και ανακουφίζουν από τα συμπτώματα. Σε ασθενείς μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου θα πρέπει να προτιμώνται οι β-αναστολείς καθώς αυτή η κατηγορία φαρμάκων μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο υποτροπής. Μπορούν επίσης να χορηγηθούν οι αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτασίνης (α -ΜΕΑ), ειδικά σε ασθενείς με σημαντικού βαθμού συστολική δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας.

2.2.8. Λιπίδια αίματος

Οι στόχοι της χοληστερόλης αίματος είναι να διατηρείται η ολική χοληστερόλη σταθερά κάτω από 190 mg.dl^{-1} και για την LDL χοληστερόλη κάτω από 115 mg.dl^{-1} . Οι τιμές της HDL χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων δεν χρησιμοποιούνται ως θεραπευτικοί στόχοι. Όμως, επίπεδα HDL χοληστερόλης $<40 \text{ mg.dl}^{-1}$ και τριγλυκεριδίων νηστείας $>180 \text{ mg.dl}^{-1}$ είναι δείκτες αυξημένου κινδύνου για στεφανιαία νόσο. Εάν οι στόχοι αυτοί για την ολική και την LDL χοληστερόλη δεν επιτευχθούν με αλλαγή του τρόπου ζωής, τότε θα πρέπει να χορηγείται φαρμακευτική αγωγή. Θα πρέπει να δίδεται προτεραιότητα στις στατίνες επειδή η φαρμακευτική αυτή κατηγορία έχει τα ισχυρότερα στοιχεία μείωσης της νοσηρότητας και θνησιμότητας καθώς και αύξησης της επιβίωσης σε στεφανιαίους ασθενείς. Υπάρχουν επίσης ενδείξεις ότι οι στατίνες μειώνουν τον κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου σε στεφανιαίους ασθενείς.

2.2.9 Σάκχαρο αίματος

Παρά το ότι δεν είναι ακόμη γνωστό εάν η καλή ρύθμιση του σακχάρου αίματος μειώνει το κίνδυνο υποτροπής της νόσου σε διαβητικούς ασθενείς με στεφανιαία ή άλλη αθηροσκληρυντική νόσο, γνωρίζουμε ότι επηρεάζει ευνοϊκά τη μικροαγγειακή νόσο και τις άλλες επιπλοκές του διαβήτη. Οι στόχοι τιμών σακχάρου για ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη (τύπου 1) είναι: νηστείας $91-120 \text{ mg.dl}^{-1}$ και μετά το γεύμα $136-160 \text{ mg.dl}^{-1}$. στην πλειοψηφία των ασθενών με διαβήτη τύπου 2 μπορούν να επιτευχθούν με ασφάλεια σημαντικά χαμηλότερες τιμές σακχάρου αίματος ακόμη και στο επίπεδο των μη διαβητικών. Για ορισμένες κατηγορίες ασθενών, ειδικά τους ηλικιωμένους, πρέπει να δεχθούμε λιγότερο αυστηρούς στόχους.

2.2.10. Άλλες προφυλακτικές φαρμακευτικές θεραπείες

Πέραν των φαρμάκων που χρειάζονται μαζί με τις απαραίτητες μεταβολές του τρόπου ζωής για την αντιμετώπιση της υπέρτασης, της υπερλιπιδαιμίας και του σακχαρώδη διαβήτη πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και οι ακόλουθες φαρμακευτικές κατηγορίες, η κάθε μια εκ των οποίων μπορεί να μειώσει τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο.

- Ασπιρίνη (τουλάχιστον 75mg) ή άλλη αντιαιμοπεταλιακή φαρμακευτική αγωγή, σε όλους πρακτικά τους ασθενείς
- Β-αναστολείς σε μετεμφραγματικούς ασθενείς
- Αναστολείς του ΜΕΑ σε ασθενείς με συμπτώματα ή σημεία καρδιακής ανεπάρκειας κατά τη διάρκεια του εμφράγματος του μυοκαρδίου ή με μόνιμη συστολική δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας.
- Αντιπηκτικά μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου σε επιλεγμένους ασθενείς που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για θρομβοεμβολικά επεισόδια, περιλαμβανομένων αυτών με εκτεταμένο πρόσθιο έμφραγμα του μυοκαρδίου, ανεύρυσμα ή θρόμβο της αριστερής κοιλίας, παροξυσμικές ταχύρρυθμες. Χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια και αυτούς με ιστορικό θρομβοεμβολικών επεισοδίων.

2.2.11. Έλεγχος στενών συγγενών

Οι στενοί συγγενείς ασθενών με πρώιμη στεφανιαία νόσο (άντρες <55 ετών και γυναίκες <65 ετών) θα πρέπει να ελέγχονται για τους παράγοντες κίνδυνου στεφανιαίας νόσου καθώς αυτοί διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίας ή άλλης αθηρωματικής νόσου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ

3.1 Η έννοια του κινδύνου

Υπάρχει πλήθος στοιχείων σχετικά με τη συσχέτιση του τρόπου ζωής που βασίζεται στη «Δυτική κουλτούρα» (δίαιτα πλούσια σε κεκορεσμένα λίπη και θερμίδες, κάπνισμα και έλλειψη σωματικής δραστηριότητας και της μαζικής επίπτωσης της στεφανιαίας νόσου στους διάφορους πληθυσμούς καθώς και του κινδύνου για στεφανιαία νόσο στα άτομα⁵⁵. Αυτός ο τρόπος ζωής οδηγεί σε δυσμενείς μεταβολές των βιοχημικών και φυσικών χαρακτηριστικών που προάγουν την αθηροσκλήρυνση και τις σχετιζόμενες θρομβωτικές επιπλοκές σε πολλά άτομα (Πίνακας 2). Πρόσφατες μελέτες εγείρουν την πιθανότητα, ο τρόπος ζωής στην πρώιμη ηλικία να συμβάλει στην ανάπτυξη ενός αρνητικού καρδιαγγειακού προφίλ παραγόντων κινδύνου και στεφανιαίας νόσου στη μετέπειτα ζωή⁵⁶. Υπάρχει ακόμα μια σημαντική γενετική προδιάθεση στην ευπαθή των ατόμων για αθηροσκλήρυνση και στεφανιαία νόσο, παρά το ότι η φύση της προδιάθεσης αυτής δεν είναι ακόμη γνωστή παρά σε μικρό μόνο βαθμό. Η γενετική αυτή προδιάθεση μοιάζει να οφείλεται, εν μέρει τουλάχιστον, σε γενετικούς καθοριστικούς παράγοντες των βιοχημικών και φυσικών χαρακτηριστικών των παραγόντων κινδύνου, όπως τα λιπίδια αίματος και η αρτηριακή πίεση. Ένας δυσμενής τρόπος ζωής μοιάζει να αλληλεπιδρά με τη γενετική αυτή προδιάθεση. Η χρήση γενετικών δεικτών στον καθορισμό του κινδύνου παραμένει ακόμα στα πρώτα βήματα⁵⁷.

Ο όρος παράγοντας κινδύνου περιγράφει χαρακτηριστικά τα οποία συναντώνται σε υγιή άτομα και είναι άμεσα συνδεδεμένα με την επακόλουθη εμφάνιση στεφανιαίας νόσου. Τα χαρακτηριστικά αυτά όταν μπορούν να τροποποιηθούν θεωρούνται αναστρέψιμα. Ο όρος παράγοντας κινδύνου περιλαμβάνει ατομικά χαρακτηριστικά τροποποιήσιμα (όπως τον τρόπο ζωής, τα βιολογικά και φυσικά χαρακτηριστικά) και μη τροποποιήσιμα (όπως ηλικία, φύλο, οικογενειακό ιστορικό στεφανιαίας ή άλλης στεφανιαίας νόσου) (Πίνακας 2). Όταν ένα άτομο εκδηλώσει συμπτωματική νόσο, οι τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου συνεχίζουν να συμβάλουν στην εξέλιξη και την πρόγνωση της νόσου.

Η πολυπαραγοντική αιτιολογία της στεφανιαίας νόσου και η συνεισφορά όλων αυτών των παραγόντων στον κίνδυνο ανάπτυξης μελλοντικού καρδιαγγειακού συμβάντος είναι μεγάλης σημασίας. Για τη σωστή εκτίμηση του κινδύνου που διατρέχει ένα άτομο

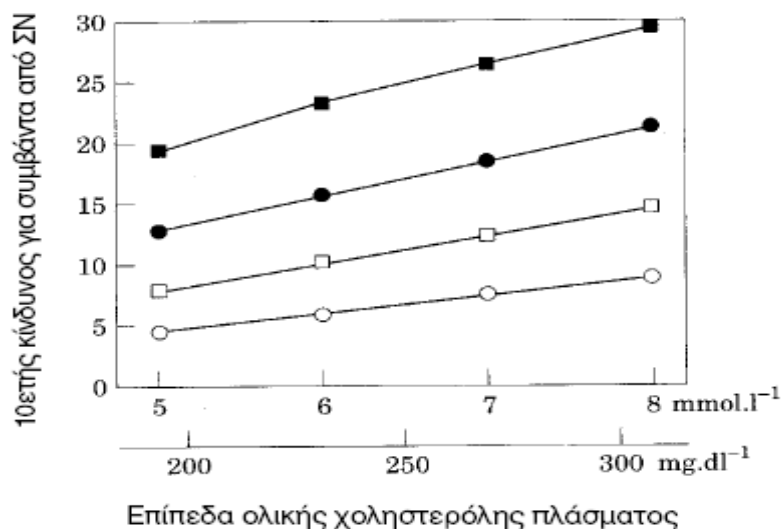
Πίνακας 2. Τρόπος ζωής και χαρακτηριστικά σχετιζόμενα με αυξημένο κίνδυνο μελλοντικών συμβάντων στεφανιαίας νόσου.

Τρόπος ζωής	Βιοχημικά ή φυσιολογικά χαρακτηριστικά (μεταβλητά)	Προσωπικά Χαρακτηριστικά (μη-μεταβλητά)
Δίαιτα υψηλή σε κεκορεσμένα λίπη, χοληστερόλη και θερμίδες Κάπνισμα	Αυξημένη αρτηριακή πίεση Αυξημένη ολική χοληστερόλη πλάσματος (LDL-χοληστερόλη) Αυξημένα τριγλυκερίδια πλάσματος	Ηλικία Φύλο Οικογενειακό ιστορικό στεφανιαίας νόσου ή άλλης αθηροσκληρωτικής αγγειακής νόσου
Αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ	Υπεργλυκαιμία/Διαβήτης Παχυσαρκία	σε νεαρή ηλικία(<55 άντρες, <65 γυναίκες)
Σωματική αδράνεια	Θρομβογόνοι παράγοντες	Ατομικό ιστορικό στεφανιαίας νόσου ή άλλης αθηροσκληρωτικής αγγειακής νόσου

για στεφανιαία νόσο, πρέπει να υπολογίζεται η παρουσία ή η απουσία και ο βαθμός βαρύτητας του κάθε παράγοντα κινδύνου. Ακόμη, το αναμενόμενο αποτέλεσμα από την εξάλειψη των τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου πρέπει να εκτιμάται λαμβάνοντας υπόψη και τους μη-τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου κάθε άτομου.

Η εικόνα 4 βασίζεται στα στοιχεία της μελέτης Framingham⁵⁸ και δείχνει καθαρά την αθροιστική επίδραση των παραγόντων κινδύνου. Ένας άντρας χωρίς συμπτώματα στεφανιαίας νόσου, με μέτρια αύξηση της χοληστερόλης αίματος αλλά χωρίς άλλους παράγοντες κινδύνου διατρέχει σχετικά χαμηλό κίνδυνο για στεφανιαία νόσο, ενώ ένας άλλος άντρας ίδιας ηλικίας αλλά και με άλλους παράγοντες κινδύνου διατρέχει σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο. Λόγω της προστατευτικής δράσης του γυναικείου φύλλου, ο κίνδυνος μιας ασυμπτωματικής γυναίκας είναι, και στις δυο περιπτώσεις, χαμηλότερος από αυτόν ενός άντρα με ανάλογη εικόνα παραγόντων κινδύνου. Λόγω του ότι η ηλικία παίζει ένα σημαντικό ρόλο στον απόλυτο κίνδυνο για στεφανιαία συμβάντα, η βραχυπρόθεσμη επίδραση οποιουδήποτε παράγοντα κινδύνου ή οποιουδήποτε συνδυασμού παραγόντων κινδύνου αυξάνεται με την ηλικία. Αυτό δεν ισχύει όμως για άτομα ηλικίας άνω των 80 ετών⁵⁹. Ασθενείς με κλινικά εκδηλωθείσα στεφανιαία νόσο διατρέχουν για οποιοδήποτε επίπεδο ενός παράγοντα κινδύνου ή για οποιοδήποτε συνδυασμό παραγόντων κινδύνου σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο για οποιαδήποτε υποτροπή της νόσου από ότι τα ασυμπτωματικά άτομα να αναπτύξουν τη νόσο. Δεδομένου ότι οι τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου εξακολουθούν να έχουν σημασία και να αυξάνουν τον κίνδυνο υποτροπής καρδιακού επεισοδίου σε ασθενείς με κλινικά έκδηλη στεφανιαία νόσο, θα

πρέπει να αναλαμβάνεται συστηματική δράση για την καταπολέμηση τους, γεγονός μείζονος σημασίας στη σωστή φροντίδα των ασθενών αυτών.



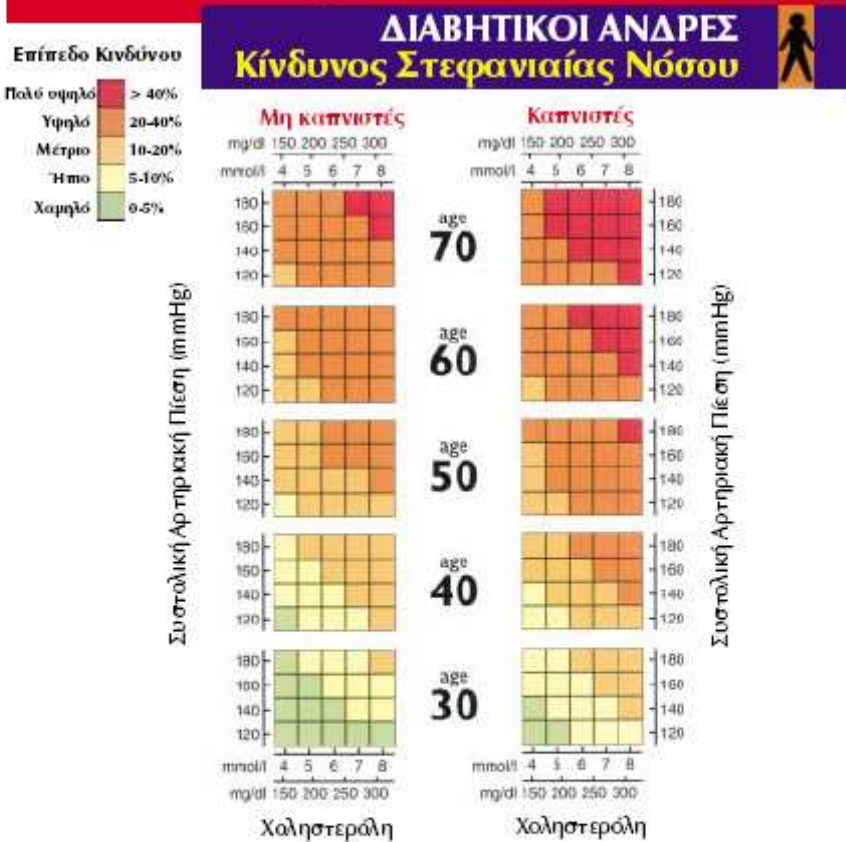
Εικόνα 4. Η συσχέτιση μεταξύ επιπέδων χοληστερόλης πλάσματος και κινδύνου για συμβάντα από στεφανιαία νόσο (ΣΝ) στα 10 χρόνια, στους άντρες και τις γυναίκες ηλικίας 50 ετών, με και χωρίς παράγοντες κινδύνου βασίζεται σε μία συνάρτηση του κινδύνου που προέρχεται από τη μελέτη Framingham. Ανδρες: ■ κάπνισμα, ΣΑΠ 160mmHg, □ χωρίς άλλους παράγοντες κινδύνου. Γυναίκες: ● κάπνισμα, ΣΑΠ 160mmHg, ○ χωρίς άλλους παράγοντες κινδύνου.

3.2. Γενικές αρχές στην εκτίμηση του κινδύνου για στεφανιαία νόσο

Καθώς η στεφανιαία νόσος είναι πολυπαραγοντικής αιτιολογίας είναι σημαντικό, στην εκτίμηση του κινδύνου για στεφανιαία νόσο ενός άτομου, να υπολογίσουμε όλους τους παράγοντες ταυτόχρονα. Παραδοσιακά, οι οδηγίες για τους παράγοντες κινδύνου συγκεντρώνονταν στον έλεγχο ενός μόνο παράγοντα με ιδιαίτερη έμφαση να δίδεται στην αντιμετώπιση της υπέρτασης ή της υπερλιπιδαιμίας. Αυτό οδήγησε στο να έχει δοθεί αδικαιολόγητη έμφαση στην αύξηση ενός μόνο παράγοντα αντί να εκτιμάται ο συνολικός κίνδυνος, βασιζόμενος σε ένα άθροισμα παραγόντων κινδύνου. Στην πράξη, οι γιατροί ασχολούνται με τον ασθενή σαν σύνολο παρά με μια πλευρά κινδύνου του/της. Η συσσώρευση παραγόντων κινδύνου μπορεί να έχει πολλαπλάσια και ένα άτομο με περισσότερους από ένα, αλλά μέτρια μόνο αυξημένους παράγοντες κινδύνου μπορεί να διατρέχει σημαντικά μεγαλύτερο κίνδυνο από ένα άτομο με ένα μόνο παράγοντα κινδύνου αλλά σε πολύ υψηλά επίπεδα.

Ασθενείς με κλινική εκδήλωση της στεφανιαίας νόσου βρίσκονται ήδη σε υψηλό κίνδυνο υποτροπής νέου καρδιαγγειακού συμβάντος. Στους ασθενείς αυτούς, ο κίνδυνος για στεφανιαίο επεισόδιο κατά τα επόμενα 10 χρόνια (θανατηφόρα ή μη στεφανιαία νόσος) είναι συνήθως 20% και για πολλούς από αυτούς ακόμη και πάνω από 40%. Ως εκ τούτου όλοι αυτοί οι ασθενείς χρήζουν εντατικής τροποποίησης των παραγόντων κινδύνου. Για τα υγιή άτομα, ο υπολογισμός του συνολικού καρδιακού κινδύνου περιγράφηκε στις Ευρωπαϊκές οδηγίες του 1994 πάνω στη στεφανιαία πρόληψη και μία απλοποιημένη μέθοδος υπολογισμού 10ετούς στεφανιαίου κινδύνου βασιζόμενη στη μελέτη Framingham⁵⁸, παρουσιάστηκε σε μορφή «Διαγράμματος Κινδύνου Στεφανιαίας Νόσου»²⁰. Μια έγχρωμη έκδοση του Διαγράμματος αυτού παρουσιάζεται στην εικόνα 1 και 6 για τους διαβητικούς ασθενείς. Αυτά τα «Διαγράμματα Στεφανιαίου Κινδύνου» είναι εύκολα στη χρήση τους. Ο απόλυτος κίνδυνος ενός ατόμου να αναπτύξει κάποιο συμβάν στεφανιαίας νόσου (στηθάγχη, μη-θανατηφόρο έμφραγμα του μυοκαρδίου ή θάνατο από στεφανιαία νόσο) μέσα στα επόμενα 10 χρόνια υπολογίζεται από το προσδιορισμό του κατάλληλου κουτιού στο «Διάγραμμα Στεφανιαίου Κινδύνου». Η συστολική αρτηριακή πίεση σε mmHg καταγράφεται κάθετα και τα επίπεδα ολικής χοληστερόλης σε mmol.l⁻¹ ή mg.dl⁻¹

Πίνακας Κινδύνου Στεφανιαίας Νόσου



Πώς να χρησιμοποιήσετε το Διάγραμμα Στεφανιαίου Κινδύνου στην Πρωτογενή Πρόληψη
 Το διάγραμμα χρησιμοποιείται για τον υπολογισμό του κινδύνου στεφανιαίας νόσου (ΣΝ) για άτομα τα οποία δεν έχουν ανσπίξει συμπτωματική ΣΝ ή άλλη αθηρωματική νόσο. Ασθενείς με ΣΝ διατρέχουν ήδη υψηλό κίνδυνο και απαιτούν σημαντική παρέμβαση στον τρόπο ζωής και εάν αυτό κρεί απαραίτητο και φαρμακευτική θεραπεία για να επιτευχθούν οι τμή-στόχος των παραγόντων κινδύνου.

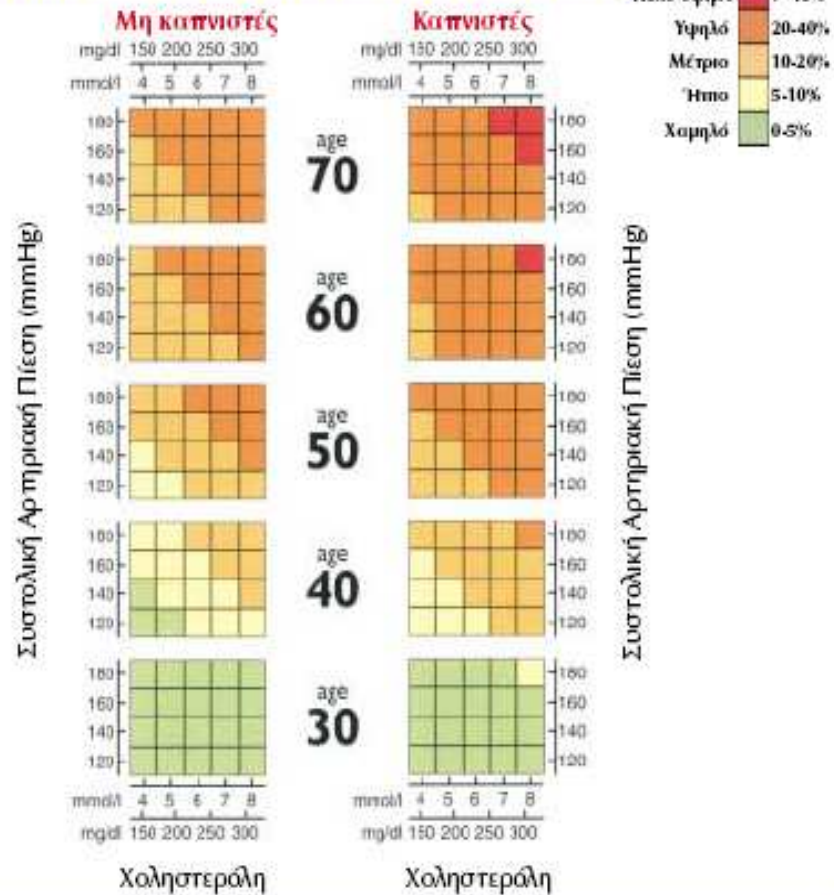
- Για να υπολογίσετε τον απόλυτο κίνδυνο εμφάνισης συμβάντος ΣΝ στα 10 έτη βρείτε τον πίνακα που αντιστοιχεί στο φύλο του ατόμου, το εάν αυτό καπνίζει καθώς και την ηλικία του. Μέσα στον πίνακα βρείτε το κοντιότερο στη συστολική αρτηριακή πίεση κελί (mmHg) καθώς και την ολική χοληστερόλη του (mmol/l ή mg/dl).
- Η επίδραση της έκθεσης στους συγκεκριμένους παραγόντες κινδύνου μπορεί να φανεί ακολουθώντας τον παραπάνω πίνακα. Αυτόσ μπορεί να χρησιμοποιηθεί όταν συμβουλευτείται καλύτερα άτομα.
- Άτομα υψηλού κινδύνου χαρακτηρίζονται αυτά των οποίων ο κίνδυνος εμφάνισης ΣΝ υπερβαίνει το 20% ή θα το υπερβεί εάν προβλεφεί στην ηλικία των 60 ετών.

Εικόνα 6. Πρωτογενής πρόληψη στεφανιαίας νόσου σε ασθενείς που πάσχουν από Σαχαρώδη Διαβήτη.

Πίνακας Κινδύνου Στεφανιαίας Νόσου



ΔΙΑΒΗΤΙΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ Κίνδυνος Στεφανιαίας Νόσου



- Ο κίνδυνος εμφάνισης ΣΝ είναι υψηλότερος από ότι εμφανίζεται στο διάγραμμα για όσους πάσχουν από:
 - Οικογενή Υπερχοληστεραιμία
 - Διαβήτη: ο κίνδυνος είναι περίπου διπλάσιος για τους άντρες και παραπάνω από διπλάσιος στις γυναίκες.
 - Οικογενειακό ιστορικό πρόωμης ΣΝ
 - Χαμηλή HDL χοληστερόλη. Οι πίνακες αυτοί προϋποθέτουν ότι η HDL είναι 39 mg/dl στους άντρες και 43 στις γυναίκες.
 - Υψηλά τριγλυκερίδια (> 180mg/dl).
 - Όταν το άτομο πηγαίνει στην υψηλότερη ηλικιακή ομάδα.
- Για να βρείτε το σχετικό κίνδυνο ενός ατόμου, συγκρίνετε την κατηγορία κινδύνου που ανήκουν με αυτήν άλλων ανθρώπων ίδιας ηλικίας. Ο απόλυτος κίνδυνος που εμφανίζεται στο διάγραμμα αυτό μπορεί να μην ισχύει για όλους τους πληθυσμούς, ειδικά για όσους εμφανίζουν χαμηλά ποσοστά επίπτωσης ΣΝ. Ο σχετικός κίνδυνος είναι πιθανό να ισχύει σε όλους τους πληθυσμούς.
- Η επίδραση της μεταβολής της χοληστερόλης, του καπνίσματος ή των επιπέδων αρτηριακής πίεσης εμφανίζεται στο διάγραμμα.

καταγράφονται οριζόντια.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι ορισμένα άτομα θα διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο από αυτόν που εμφανίζεται στο διάγραμμα στεφανιαίου κινδύνου. Έχει τονιστεί ότι αυτοί που ήδη πάσχουν από στεφανιαία ή άλλη αθηροσκληρυντική νόσο διατρέχουν πολύ υψηλό κίνδυνο, πάνω από 20% και συχνά πάνω από 40% κατά τα επόμενα 10 χρόνια και το διάγραμμα αυτό δεν συνιστάται για αυτούς. Ο κίνδυνος είναι επίσης υψηλότερος από αυτόν

που αναφέρεται, σε ασθενείς με οικογενή υπερχοληστεριναιμία, διαβήτη, όσους έχουν οικογενειακό ιστορικό πρώιμης στεφανιαίας ή άλλης αθηροσκληρωτικής νόσου και αυτούς με χαμηλή HDL χοληστερόλη ή αυξημένα επίπεδα τριγλυκεριδίων.

Το «Διάγραμμα Στεφανιαίου Κινδύνου» σύμφωνα με τη μελέτη Framingham έχει ορισμένους περιορισμούς. Όπως και άλλα παρόμοια διαγράμματα, υπερεκτιμά τον κίνδυνο στα νεαρά άτομα. Ακόμη, η εφαρμογή ενός διαγράμματος στεφανιαίου κινδύνου βασιζόμενου σε ένα πληθυσμό Βορείων Αμερικανών μέσης ηλικίας και υψηλού κινδύνου, στους Ευρωπαϊκούς πληθυσμούς οι οποίοι βρίσκονται σε διαφορετικά μεταξύ τους επίπεδα κινδύνου για στεφανιαία νόσο αποτελεί πρόβλημα. Ενώ το διάγραμμα του Framingham υπολογίζει τον απόλυτο κίνδυνο αρκετά ικανοποιητικά σε πληθυσμούς υψηλού κινδύνου μπορεί να υπερεκτιμήσει τον απόλυτο κίνδυνο σε Ευρωπαϊκούς πληθυσμούς χαμηλού κινδύνου. Οι υπολογισμοί του σχετικού κινδύνου προερχόμενοι από το διάγραμμα είναι, πάντως, πιθανόν να είναι αρκετά ακριβείς για όλους τους Ευρωπαϊκούς πληθυσμούς.

Με αυτές τις επεξηγήσεις, το «Διάγραμμα Στεφανιαίου Κινδύνου» έχει διάφορες λειτουργίες:

- 1) Ο απόλυτος κίνδυνος ενός ατόμου να αναπτύξει στεφανιαία νόσο κατά τα επόμενα 10 χρόνια μπορεί να διαβαστεί στο διάγραμμα χωρίς να χρειάζονται υπολογισμοί.
- 2) Παρά το ότι νέοι άνθρωποι διατρέχουν γενικά χαμηλότερο κίνδυνο, αυτός θα αυξηθεί με την πάροδο της ηλικίας. Το διάγραμμα μπορεί να χρησιμοποιηθεί ακολουθώντας τους πίνακες που βρίσκονται προς τα πάνω για να σκιαγραφήσουν την επίδραση του κινδύνου με την πάροδο της ηλικίας, σε γενικές γραμμές, ο κίνδυνος θα αυξηθεί ακόμη περισσότερο από ότι αναγράφεται στο διάγραμμα από τη στιγμή που θα τείνουν να αυξηθούν με την πάροδο της ηλικίας και οι παράγοντες κινδύνου.
- 3) Ο σχετικός κίνδυνος μπορεί εύκολα να υπολογιστεί συγκρίνοντας το κίνδυνο σε ένα «κουτί» με οποιοδήποτε άλλο της ίδιας κατηγορίας ηλικίας. Όπως προαναφέρθηκε, ο απόλυτος κίνδυνος μπορεί να διαφέρει σημαντικά μεταξύ πληθυσμών αλλά η σημασία του σχετικού κινδύνου συνήθως παραμένει σχετικά σταθερή.
- 4) Το διάγραμμα μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να προβλέψει την επίδραση της μεταβολής από τη μία κατηγορία στην άλλη. Ως εκ τούτου, μπορούμε να δείξουμε σε κάποιο άτομο τη μείωση του κινδύνου που επιφέρει η διακοπή του καπνίσματος, η μείωση της αρτηριακής πίεσης ή η μείωση των επιπέδων χοληστερόλης αίματος.

Σε γενικές γραμμές, ακόμα και στα άτομα χαμηλού κινδύνου θα πρέπει να δίνονται συμβουλές τρόπου ζωής ώστε να διατηρήσουν τον κίνδυνο αυτό χαμηλά. Οι συμβουλές θα πρέπει να εντατικοποιούνται με την αύξηση του κινδύνου και ένα επίπεδο κινδύνου για στεφανιαία νόσο της τάξης του $\geq 20\%$ μέσα στα επόμενα 10 χρόνια θα πρέπει να σηματοδοτεί έντονες προσπάθειες μεταβολής των παραγόντων κινδύνου. Πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερα ότι οι εντατικότερες συμβουλές θα πρέπει να δίδονται σε νεαρά άτομα, στα οποία όταν ο κίνδυνος που διατρέχουν προβληθεί στην ηλικία των 60 ετών ξεπερνά το 20%. Μία πρώιμη αξιολόγηση προοπτικών μελετών πληθυσμού σε διαφορετικές περιοχές της Ευρώπης έδειξε μεγάλες τοπικές διαφορές στην αναλογία των ατόμων ο στεφανιαίος κίνδυνος των οποίων ξεπερνά το 20% όταν αυτός προβληθεί στην ηλικία των 60 ετών. Στους άντρες ηλικίας 60 ετών η κλίμακα αυτή βρίσκεται μεταξύ πρακτικά 0 έως και πάνω από 40%. Η αναλογία για τις γυναίκες βρίσκεται μεταξύ του 1/10 και του 1/4 αυτής των αντρών.

Ο πίνακας 5 περιγράφει την επίδραση μεμονωμένων και πολλαπλών παραγόντων κινδύνου στον απόλυτο κίνδυνο για στεφανιαία νόσο με ορισμένα παραδείγματα. Ένας ασυμπτωματικός άντρας ηλικίας 50 ετών με πολλαπλούς ελαφρά αυξημένους παράγοντες κινδύνου εμφανίζεται να έχει ένα απόλυτο καρδιακό κίνδυνο διπλάσιο από αυτόν ενός ασυμπτωματικού άντρα ίδιας ηλικίας με σημαντική αύξηση ενός μόνο παράγοντα κινδύνου.

Το «Διάγραμμα Στεφανιαίου Κινδύνου» περιγράφει το πώς ο κίνδυνος για την ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου μπορεί να υπολογιστεί με απλό τρόπο. Ιδανικά, αυτοί οι πίνακες θα έπρεπε να κατασκευάζονται, από τα αποτελέσματα προοπτικών μελετών πληθυσμού οι οποίες να γίνονται στον πληθυσμό στον οποίο θα εφαρμοστεί το διάγραμμα. Για το λόγο αυτό συνιστάται η δημιουργία ενός τέτοιου διαγράμματος στεφανιαίου κινδύνου για κάθε χώρα.

3.3. Στόχοι της πρόληψης της στεφανιαίας νόσου

Ο συνολικός στόχος της πρόληψης της στεφανιαίας νόσου τόσο σε ασθενείς με στεφανιαία ή άλλη αθηροσκληρυντική νόσο και σε φαινομενικά υγιή άτομα υψηλού κινδύνου είναι ο ίδιος: να μειωθεί ο κίνδυνος για νέα μείζονα καρδιαγγειακά συμβάντα ή άλλα αγγειακά συμβάντα και ως εκ τούτου να μειωθεί η θνησιμότητα και να αυξηθεί η επιβίωση. Υπάρχουν κάποιες διαφορές στην αναγνώριση και την αντιμετώπιση των ασθενών με στεφανιαία ή άλλη αθηροσκληρυντική νόσο σε σχέση με τα υγιή άτομα υψηλού κινδύνου,

παρά το ότι μπορεί να υπάρχει σημαντικού βαθμού επικάλυψη στον κίνδυνο μεταξύ των δυο αυτών ομάδων. Οι διαφορές αυτές στους στόχους για τη δευτερογενή και την πρωτογενή πρόληψη της στεφανιαίας νόσου θα αναλυθούν παρακάτω.

Οι στόχοι των παραγόντων κινδύνου για τη διατήρηση της υγείας και τη πρόληψη της στεφανιαίας νόσου βασίζονται σε γνώση των χαρακτηριστικών των ατόμων τα οποία σε επιδημιολογικές μελέτες παρέμειναν ελεύθερα από την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου. Επιπρόσθετες πληροφορίες έρχονται από διεθνείς συγκρίσεις ποσοστών στεφανιαίας νόσου σε σχέση με τους παράγοντες κινδύνου, μεταβολής της καρδιαγγειακής θνησιμότητας μέσα στο χρόνο και από μελέτες παρέμβασης οι οποίες περιελάμβαναν τόσο προγράμματα στην κοινότητα όσο και τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες καθώς και από κλινικές παρατηρήσεις, στοιχεία από αυτοψίες, διατροφικά πειράματα στα ζώα, μεταβολικές και γενετικές μελέτες. Αυτή η πληθώρα επιστημονικής γνώσης οδήγησε στους ιδανικούς στόχους για την πρόληψη της στεφανιαίας νόσου καθώς και άλλων αθηροσκληρυντικών νόσων περιλαμβάνοντας μια δίαιτα συμβατή με το ιδανικό βάρος και τα επίπεδα πλάσματος χοληστερόλης κάτω από 190 mg.dl^{-1} , συστηματική σωματική άσκηση, αποφυγή όλων των μορφών καπνού και αρτηριακή πίεση χαμηλότερη από $140/90 \text{ mmHg}$ για τους περισσότερους ανθρώπους.

Σε γενικές γραμμές οι στόχοι των παραγόντων κινδύνου θα πρέπει να εντάσσονται στο πλαίσιο της προσπάθειας επίτευξης του ιδανικού. Μετρίου βαθμού μείωση πολλών παραγόντων κινδύνου είναι πιθανό να μειώσει το κίνδυνο για στεφανιαία νόσο περισσότερο από ότι η επιθετική μείωση ενός παράγοντα κινδύνου αγνοώντας τους άλλους. Αυτό φαίνεται εύκολα από το «Διάγραμμα Στεφανιαίου Κινδύνου». Ως εκ τούτου, ακόμα και μικρή επιτυχία στη μείωση των παραγόντων κινδύνου μπορεί να σχετίζεται με ωφέλιμη και σημαντική μείωση του κινδύνου και θα πρέπει να προάγει μια θετική και ενθαρρυντική συμπεριφορά από τους γιατρούς. Από τις διαπιστώσεις αυτές γίνεται εμφανές ότι ο στόχος πρέπει να είναι η μείωση του απόλυτου κινδύνου για στεφανιαία νόσο όσο το δυνατόν περισσότερο, με βάση την παρέμβαση σε πολλαπλούς παράγοντες κινδύνου. Σε κάθε ηλικιακή κατηγορία οι μεταβολές του τρόπου ζωής οι οποίες θα μειώσουν τον απόλυτο καρδιακό κίνδυνο για στεφανιαία νόσο προς το κατώτερο δυνατό επίπεδο για ένα άτομο που ανήκει στην ηλικιακή αυτή ομάδα θα πρέπει να ενθαρρύνονται. Στα νεότερα άτομα, το κατώτερο επίπεδο υπολογίζεται σε λιγότερο από 5% κινδύνου για στεφανιαία νόσο στα επόμενα 10 χρόνια, ενώ στα πιο ηλικιωμένα άτομα υπολογίζεται κοντά στο 10%.

3.4. Υπολογισμός του κινδύνου

Ο υπολογισμός του απόλυτου κινδύνου για μελλοντικό συμβάν στεφανιαίας νόσου, όπως περιγράφεται στην αρχή του κεφαλαίου, απαιτεί:

- I. Να ληφθούν υπόψη όλα τα μη-τροποποιήσιμα χαρακτηριστικά του ατόμου όπως: ηλικία, φύλο, οικογενειακό ιστορικό, προσωπικό ιστορικό στεφανιαίας ή άλλης αθηροσκληρυντικής νόσου. Το οικογενειακό ιστορικό πρώιμης στεφανιαίας ή άλλης αθηροσκληρυντικής νόσου είναι ιδιαίτερα μεγάλης σημασίας στην αναγνώριση μέσα στον υγιή πληθυσμό, των ατόμων που χρήζουν πιο εκτεταμένης εκτίμησης της κατάστασης των παραγόντων κινδύνου τους.
- II. Να γίνει συζήτηση με τον ασθενή για τον τρόπο ζωής του και να εντοπιστούν οι δυσμενείς επιδράσεις (κάπνισμα, κακές διατροφικές συνήθειες, έλλειψη σωματικής δραστηριότητας).
- III. Μέτρηση των επιπέδων όλων των παραγόντων κινδύνου (βάρος, αρτηριακή πίεση, λιπίδια πλάσματος, σάκχαρο αίματος).
- IV. Δοκιμασία κοπώσεως όπου αυτή ενδείκνυται.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

CARDIO 2000

Μετά από την αναζήτηση διαφόρων μελετών που ως στόχο έχουν τη διερεύνηση του αιτιολογικού συμπλέγματος της στεφανιαίας νόσου, βρέθηκε μια σειρά παραγόντων που φαίνεται να ενοχοποιούνται γι' αυτό. Για παράδειγμα μετά από τη διερεύνηση της μελέτης cardio2000 στον ελληνικό πληθυσμό βρέθηκε ότι βασικοί αιτιολογικοί παράγοντες είναι οι εξής:

- Το κάπνισμα
- Το επίπεδο λιπιδίων ορού
- Η διατροφή
- Η αρτηριακή πίεση (ειδικά με σύνοδο υπερτροφία αριστερής κοιλίας)
- Ο σακχαρώδης διαβήτης
- Η φυσική άσκηση
- Το οικογενειακό ιστορικό της στεφανιαίας νόσου

Το δείγμα του πληθυσμού που ερωτήθηκε για τη μελέτη CARDIO2000 ήταν αρκετά μεγάλο κ έτσι τα συμπεράσματα της έρευνας είναι αξιόπιστα (ασθενείς = 1014, μάρτυρες = 1117) και η μελέτη καθίσταται αξιόλογη.

Είναι επίσης αναγκαίο να τονιστεί ότι η προαναφερθείσα μελέτη ασχολείται με τα ίδια ερευνητικά ερωτήματα και αποτέλεσε εφελθτήριο για την παρούσα πτυχιακή εργασία και έτσι λειτούργησε ως βάση για την ανάπτυξη του θέματός μας.

Επιπλέον επιδημιολογικές μελέτες που ασχολήθηκαν και καθόρισαν ένα σύνολο αιτιολογικών παραγόντων για την εκδήλωση στεφανιαίας νόσου είναι η Framingham Heart Study, η μελέτη των 7 χωρών, Monica WHO project.

ΕΙΔΙΚΟ (ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ) ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της μελέτης ήταν:

- η καταγραφή
- η αποτίμηση
- και η αξιολόγηση

διαφόρων παραγόντων κινδύνου εκδήλωσης οξέων στεφανιαίων συνδρόμων, σε τυχαίο δείγμα πληθυσμού του Νομού Ηρακλείου.

5.2 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ

Αναδρομική μελέτη, ασθενών – μαρτύρων, με βάση τις αρχές της αναλυτικής επιδημιολογίας και με την εφαρμογή της τυχαιοποιημένης δειγματοληψίας. Σε τέτοιου τύπου μελέτες απαραίτητη προϋπόθεση για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων είναι η συγκρισιμότητα των ασθενών και των μαρτύρων και ο συνεπής προσδιορισμός τους. Για αυτό οι ασθενείς και οι μάρτυρες της μελέτης υπεβλήθησαν στο ίδιο ερωτηματολόγιο.

5.3 ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Το υλικό της μελέτης ήταν N=64 ασθενείς

- **Στεφανιαίοι ασθενείς (32)**

Τυχαίο δείγμα ασθενών με πρώτη εκδήλωση ΣΝ (ΟΕΜ ή ασταθή στηθάγχη – οξύ ισχαιμικό επεισόδιο), όπως αυτή έχει καθοριστεί από τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας ηλεκτροκαρδιογραφικές διαταραχές (ST-segment depression or elevation of at least 0.5 mm, T-wave inversion of at least 3 mm in at least three leads, or left bundle-branch block). Κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο ασθενούς που ικανοποιεί τις προϋποθέσεις της μελέτης, επιλέγεται ένα κατάλληλο υποσύνολο αυτών, με βάση την τυχαιοποίηση που έχει προκαθοριστεί από τους ερευνητές.

- **Μάρτυρες (32)**

Τυχαίο δείγμα πληθυσμού. Μετά την εισαγωγή ενός ασθενούς στη μελέτη έγινε η επιλογή με τυχαίο τρόπο ενός «υγιούς» μάρτυρα ο οποίος

- δεν είχε νοσηλευθεί για καρδιοαγγειακό επεισόδιο
- ή να μην είχε διαγνωσθεί για αθηροσκληρυντική νόσο οποιασδήποτε εντόπισης
- ή να μην είχε κλινικό σύμπτωμα στεφανιαίας νόσου ή περιφερειακής αρτηριοπάθειας

Η επιλογή έγινε με τρόπο εξομοιωμένο με τους ασθενείς ως προς:

- το φύλο
- την ηλικία (± 3 έτη)
- και τον τόπο διαμονής

Στο δείγμα των μαρτύρων επιλέχθηκε ένας νοσοκομειακός μάρτυρας που έπρεπε να είχε εισαχθεί στο νοσοκομείο την ίδια χρονική περίοδο με τον ασθενή, αλλά σε κλινική που δεν συνδέεται με καρδιοαγγειακά προβλήματα, και για εξετάσεις ρουτίνας.

Εργαλείο συλλογής δεδομένων

Πρόκειται για δημοσιευμένο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στο πρωτόκολλο της επιδημιολογικής μελέτης cardio2000 για την διερεύνηση του αιτιολογικού συμπλέγματος της στεφανιαίας νόσου, στον ελληνικό πληθυσμό.

Το εργαλείο, οποίο αποτελεί το ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι, μας απεστάλη (ύστερα από έγγραφη αίτηση για χρήση) από τον κ. Δ. Παναγιωτάκο, Λέκτορα Χαροκόπειου Πανεπιστημίου Αθηνών, από τον οποίο εξασφαλίσαμε εγγράφως και την άδεια να το εντάξουμε στην πτυχιακή εργασία.

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS 17.0 (SPSS Inc., Chicago, USA) για Windows. Χρησιμοποιήθηκαν οι δοκιμασίες χ^2 -test (με διόρθωση Yates όπου χρειάστηκε), και η Mann-Whitney U. Σε όλες τις στατιστικές δοκιμασίες θεωρήθηκε ως στατιστικά σημαντικό το (2-tailed) $P < 0,05$.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

6.1 ΜΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ (N=32)

fylo	Συχνότητα	Ποσοστό	Εγκυρο ποσοστό
1	29	90,6	90,6
2	3	9,4	9,4
Σύνολο	32	100,0	100,0

katoik	Συχνότητα	Ποσοστό	Εγκυρο ποσοστό
1	7	21,9	21,9
2	4	12,5	12,5
3	21	65,6	65,6
Σύνολο	32	100,0	100,0

kyreg	Συχνότητα	Ποσοστό	Εγκυρο ποσοστό
1	4	12,5	12,5
2	4	12,5	12,5
4	11	34,4	34,4
6	12	37,5	37,5
8	1	3,1	3,1

kyreg	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	4	12,5	12,5
2	4	12,5	12,5
4	11	34,4	34,4
6	12	37,5	37,5
8	1	3,1	3,1
Σύνολο	32	100,0	100,0

eiderg	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	7	21,9	21,9
2	11	34,4	34,4
3	14	43,8	43,8
Σύνολο	32	100,0	100,0

spoyd	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	20	62,5	62,5
2	6	18,8	18,8
3	6	18,8	18,8
Σύνολο	32	100,0	100,0

oikogkat	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	3	9,4	9,4
2	26	81,3	81,3

3	2	6,3	6,3
4	1	3,1	3,1
Σύνολο	32	100,0	100,0

paidia	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	4	12,5	12,5
1	4	12,5	12,5
2	10	31,3	31,3
3	6	18,8	18,8
4	5	15,6	15,6
5	2	6,3	6,3
6	1	3,1	3,1
Σύνολο	32	100,0	100,0

oikonkat	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	1	3,1	3,1
2	21	65,6	65,6
3	10	31,3	31,3
Σύνολο	32	100,0	100,0

syxnebd	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	22	68,8	68,8
1	5	15,6	15,6

2	5	15,6	15,6
Σύνολο	32	100,0	100,0

somask	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	9	28,1	90,0
2	1	3,1	10,0
Σύν.μερ.	10	31,3	100,0
Ελλείπ.	22	68,8	
Σύνολο	32	100,0	

entas	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	1	3,1	9,1
3	2	6,3	18,2
4	1	3,1	9,1
5	1	3,1	9,1
6	6	18,8	54,5
Σύν.μερ.	11	34,4	100,0
Ελλείπ.	21	65,6	
Σύνολο	32	100,0	

kapnt	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	22	68,8	68,8
1	10	31,3	31,3

kapnt	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	22	68,8	68,8
1	10	31,3	31,3
Σύνολο	32	100,0	100,0

kapnp	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	11	34,4	34,4
1	21	65,6	65,6
Σύνολο	32	100,0	100,0

eidkapn	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	14	43,8	66,7
2	2	6,3	9,5
3	5	15,6	23,8
Σύν.μερ.	21	65,6	100,0
Ελλείπ.	11	34,4	
Σύνολο	32	100,0	

kapnpsig	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	21	65,6	100,0
Ελλείπ.	11	34,4	
Σύνολο	32	100,0	

kapnerg	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	2	6,3	9,5
1	19	59,4	90,5
Σύν.μερ.	21	65,6	100,0
Ελλείπ.	11	34,4	
Σύνολο	32	100,0	

kapnspit	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	21	65,6	100,0
Ελλείπ.	11	34,4	
Σύνολο	32	100,0	

kapnpaid	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	4	12,5	21,1
1	15	46,9	78,9
Σύν.μερ.	19	59,4	100,0
Ελλείπ.	13	40,6	
Σύνολο	32	100,0	

kapnalerg	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	1	3,1	3,7

1	26	81,3	96,3
Σύν.μερ.	27	84,4	100,0
Ελλείπ.	5	15,6	
Σύνολο	32	100,0	

καρηρη	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	8	25,0	25,0
1	24	75,0	75,0
Σύνολο	32	100,0	100,0

kreas	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	1	3,1	3,1
2	12	37,5	37,5
3	17	53,1	53,1
4	2	6,3	6,3
Σύνολο	32	100,0	100,0

psari	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	1	3,1	3,1
1	4	12,5	12,5
2	25	78,1	78,1
3	2	6,3	6,3
Σύνολο	32	100,0	100,0

ospria	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	3	9,4	9,4
2	26	81,3	81,3
3	3	9,4	9,4
Σύνολο	32	100,0	100,0

xort	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	1	3,1	3,1
2	12	37,5	37,5
3	18	56,3	56,3
4	1	3,1	3,1
Σύνολο	32	100,0	100,0

lax	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
2	9	28,1	28,1
3	21	65,6	65,6
4	2	6,3	6,3
Σύνολο	32	100,0	100,0

kot	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	1	3,1	3,1
2	19	59,4	59,4
3	12	37,5	37,5

kot	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	1	3,1	3,1
2	19	59,4	59,4
3	12	37,5	37,5
Σύνολο	32	100,0	100,0

zymar	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	2	6,3	6,3
2	16	50,0	50,0
3	13	40,6	40,6
4	1	3,1	3,1
Σύνολο	32	100,0	100,0

sal	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
2	4	12,5	12,5
3	18	56,3	56,3
4	10	31,3	31,3
Σύνολο	32	100,0	100,0

glyka	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	14	43,8	43,8
2	15	46,9	46,9
3	3	9,4	9,4

glyka	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	14	43,8	43,8
2	15	46,9	46,9
3	3	9,4	9,4
Σύνολο	32	100,0	100,0

merida	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	1	3,1	3,1
2	13	40,6	40,6
3	18	56,3	56,3
Σύνολο	32	100,0	100,0

froyta	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	3	9,4	9,4
1	7	21,9	21,9
2	13	40,6	40,6
3	4	12,5	12,5
4	3	9,4	9,4
5	2	6,3	6,3
Σύνολο	32	100,0	100,0

anapsik	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	14	43,8	43,8

1	18	56,3	56,3
Σύνολο	32	100,0	100,0

xoriszax	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	12	37,5	38,7
1	19	59,4	61,3
Σύν.μερ.	31	96,9	100,0
Ελλείπ.	1	3,1	
Σύνολο	32	100,0	

potirmer	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	1	3,1	3,7
1	11	34,4	40,7
2	10	31,3	37,0
3	2	6,3	7,4
4	3	9,4	11,1
Σύν.μερ.	27	84,4	100,0
Ελλείπ.	5	15,6	
Σύνολο	32	100,0	

etfag	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	12	37,5	38,7
1	12	37,5	38,7

2	7	21,9	22,6
Σύν.μερ.	31	96,9	100,0
Ελλείπ.	1	3,1	
Σύνολο	32	100,0	

elaioi	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	32	100,0	100,0

sporei	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	32	100,0	100,0

boyt	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	27	84,4	84,4
1	5	15,6	15,6
Σύνολο	32	100,0	100,0

marg	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	31	96,9	96,9
1	1	3,1	3,1
Σύνολο	32	100,0	100,0

galgiaou	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	22	68,8	68,8

2	10	31,3	31,3
Σύνολο	32	100,0	100,0

tyriasp	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	15	46,9	48,4
1	16	50,0	51,6
Σύν.μερ.	31	96,9	100,0
Ελλείπ.	1	3,1	
Σύνολο	32	100,0	

tyrikit	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	11	34,4	35,5
1	20	62,5	64,5
Σύν.μερ.	31	96,9	100,0
Ελλείπ.	1	3,1	
Σύνολο	32	100,0	

tyrixi	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	23	71,9	71,9
1	9	28,1	28,1
Σύνολο	32	100,0	100,0

psomi	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό

0	5	15,6	15,6
1	27	84,4	84,4
Σύνολο	32	100,0	100,0

leuko	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	18	56,3	60,0
1	12	37,5	40,0
Σύν.μερ.	30	93,8	100,0
Ελλείπ.	2	6,3	
Σύνολο	32	100,0	

olik	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	14	43,8	48,3
1	15	46,9	51,7
Σύν.μερ.	29	90,6	100,0
Ελλείπ.	3	9,4	
Σύνολο	32	100,0	

poza	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	12	37,5	37,5
1	20	62,5	62,5
Σύνολο	32	100,0	100,0

eidpot	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	5	15,6	23,8
2	8	25,0	38,1
3	7	21,9	33,3
4	1	3,1	4,8
Σύν.μερ.	21	65,6	100,0
Ελλείπ.	11	34,4	
Σύνολο	32	100,0	

potmer	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	5	15,6	25,0
2	13	40,6	65,0
3	2	6,3	10,0
Σύν.μερ.	20	62,5	100,0
Ελλείπ.	12	37,5	
Σύνολο	32	100,0	

kafe	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	2	6,3	6,3
1	30	93,8	93,8
Σύνολο	32	100,0	100,0

typkafe	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
----------------	-----------	---------	----------------

1	15	46,9	50,0
2	13	40,6	43,3
3	2	6,3	6,7
Σύν.μερ.	30	93,8	100,0
Ελλείπ.	2	6,3	
Σύνολο	32	100,0	

flitzkafe	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	4	12,5	13,3
2	25	78,1	83,3
3	1	3,1	3,3
Σύν.μερ.	30	93,8	100,0
Ελλείπ.	2	6,3	
Σύνολο	32	100,0	

tsai	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	24	75,0	75,0
1	8	25,0	25,0
Σύνολο	32	100,0	100,0

flitztsai	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	5	15,6	62,5

2	3	9,4	37,5
Σύν.μερ.	8	25,0	100,0
Ελλείπ.	24	75,0	
Σύνολο	32	100,0	

istorstef	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	23	71,9	71,9
1	9	28,1	28,1
Σύνολο	32	100,0	100,0

pater	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	26	81,3	81,3
1	6	18,8	18,8
Σύνολο	32	100,0	100,0

mhter	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	29	90,6	90,6
1	3	9,4	9,4
Σύνολο	32	100,0	100,0

adelfos	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	32	100,0	100,0

adelfi	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	31	96,9	96,9
1	1	3,1	3,1
Σύνολο	32	100,0	100,0

alsygg	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	29	90,6	93,5
1	2	6,3	6,5
Σύν.μερ.	31	96,9	100,0
Ελλείπ.	1	3,1	
Σύνολο	32	100,0	

ypert	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	23	71,9	71,9
1	9	28,1	28,1
Σύνολο	32	100,0	100,0

diait	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	1	3,1	12,5
1	7	21,9	87,5
Σύν.μερ.	8	25,0	100,0
Ελλείπ.	24	75,0	
Σύνολο	32	100,0	

farm	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	1	3,1	11,1
1	8	25,0	88,9
Σύν.μερ.	9	28,1	100,0
Ελλείπ.	23	71,9	
Σύνολο	32	100,0	

istoryper	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	15	46,9	46,9
1	17	53,1	53,1
Σύνολο	32	100,0	100,0

pat	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	22	68,8	68,8
1	10	31,3	31,3
Σύνολο	32	100,0	100,0

mht	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	22	68,8	68,8
1	10	31,3	31,3
Σύνολο	32	100,0	100,0

adeos	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	32	100,0	100,0

adei	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	29	90,6	93,5
1	2	6,3	6,5
Σύν.μερ.	31	96,9	100,0
Ελλείπ.	1	3,1	
Σύνολο	32	100,0	

alsyg	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	30	93,8	96,8
1	1	3,1	3,2
Σύν.μερ.	31	96,9	100,0
Ελλείπ.	1	3,1	
Σύνολο	32	100,0	

olikhoi	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	24	75,0	75,0
1	8	25,0	25,0
Σύνολο	32	100,0	100,0

istypxol	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	22	68,8	68,8
1	10	31,3	31,3
Σύνολο	32	100,0	100,0

pa	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	28	87,5	87,5
1	4	12,5	12,5
Σύνολο	32	100,0	100,0

mh	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	25	78,1	78,1
1	7	21,9	21,9
Σύνολο	32	100,0	100,0

ados	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	29	90,6	90,6
1	3	9,4	9,4
Σύνολο	32	100,0	100,0

adi	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	31	96,9	96,9

1	1	3,1	3,1
Σύνολο	32	100,0	100,0

als	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	31	96,9	100,0
Ελλείπ.	1	3,1	
Σύνολο	32	100,0	

pathtrig1	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	28	87,5	87,5
1	4	12,5	12,5
Σύνολο	32	100,0	100,0

diaita	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	2	6,3	50,0
1	2	6,3	50,0
Σύν.μερ.	4	12,5	100,0
Ελλείπ.	28	87,5	
Σύνολο	32	100,0	

diskia	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	1	3,1	25,0
1	3	9,4	75,0

Σύν.μερ.	4	12,5	100,0
Ελλείπ.	28	87,5	
Σύνολο	32	100,0	

insoyl	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	4	12,5	100,0
Ελλείπ.	28	87,5	
Σύνολο	32	100,0	

sakx	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	25	78,1	78,1
1	7	21,9	21,9
Σύνολο	32	100,0	100,0

diai	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	1	3,1	14,3
1	6	18,8	85,7
Σύν.μερ.	7	21,9	100,0
Ελλείπ.	25	78,1	
Σύνολο	32	100,0	

disk	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό

0	3	9,4	42,9
1	4	12,5	57,1
Σύν.μερ.	7	21,9	100,0
Ελλείπ.	25	78,1	
Σύνολο	32	100,0	

ins	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	4	12,5	80,0
1	1	3,1	20,0
Σύν.μερ.	5	15,6	100,0
Ελλείπ.	27	84,4	
Σύνολο	32	100,0	

istorsakx	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	23	71,9	71,9
1	9	28,1	28,1
Σύνολο	32	100,0	100,0

sympcr	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	4	12,5	50,0
1	4	12,5	50,0
Σύν.μερ.	8	25,0	100,0

Ελλείπ.	24	75,0	
Σύνολο	32	100,0	

spat	Συχνότητα	Ποσοστό	Εγκυρο ποσοστό
0	30	93,8	93,8
1	2	6,3	6,3
Σύνολο	32	100,0	100,0

smht	Συχνότητα	Ποσοστό	Εγκυρο ποσοστό
0	26	81,3	81,3
1	6	18,8	18,8
Σύνολο	32	100,0	100,0

sadelfos	Συχνότητα	Ποσοστό	Εγκυρο ποσοστό
0	31	96,9	96,9
1	1	3,1	3,1
Σύνολο	32	100,0	100,0

sadelfh	Συχνότητα	Ποσοστό	Εγκυρο ποσοστό
0	31	96,9	96,9
1	1	3,1	3,1
Σύνολο	32	100,0	100,0

salsygg	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	30	93,8	96,8
1	1	3,1	3,2
Σύν.μερ.	31	96,9	100,0
Ελλείπ.	1	3,1	
Σύνολο	32	100,0	

ormon	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	31	96,9	96,9
1	1	3,1	3,1
Σύνολο	32	100,0	100,0

nefranep	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	29	90,6	93,5
1	2	6,3	6,5
Σύν.μερ.	31	96,9	100,0
Ελλείπ.	1	3,1	
Σύνολο	32	100,0	

	N	Ελάχ. τιμή	Μέγ. τιμή	Μέση τιμή	Τυπικό λάθος της μέσης τιμής	Τυπική απόκλιση
leyka	2	7,9	11,5	9,700	1,8000	2,5456
oyria	2	33	58	45,50	12,500	17,678

kreat	2	,7	1,5	1,100	,4000	,5657
age	32	35	96	57,00	2,751	15,560
baros	32	55,0	105,0	79,969	2,3497	13,2920
ypsos	32	1,62	1,86	1,7387	,01127	,06374
spoyd	32	1	3	1,56	,142	,801
paidia	32	0	6	2,44	,273	1,544
oikonkat	32	1	3	2,28	,092	,523
syxnebd	32	0	2	,47	,135	,761
meshdiar	7	30	120	53,57	12,185	32,238
somask	10	1	2	1,10	,100	,316
entas	11	1	6	4,73	,524	1,737
eti	21	6	50	26,95	2,330	10,679
tsighm	21	20	60	32,14	2,115	9,692
etidiak	12	,5	30,0	9,250	2,4351	8,4356
etpath	10	20	60	36,50	4,833	15,284
kreas	32	1	4	2,63	,117	,660
Psari	32	0	3	1,88	,098	,554
Ospria	32	1	3	2,00	,078	,440
Xort	32	1	4	2,59	,109	,615
Lax	32	2	4	2,78	,098	,553
Kot	32	1	3	2,34	,096	,545
Zymar	32	1	4	2,41	,118	,665
Sal	32	2	4	3,19	,114	,644
Glyka	32	1	3	1,66	,115	,653

Potirmer	27	0	4	1,81	,200	1,039
Etfag	31	0	2	,84	,140	,779
Froyta	32	0	5	2,09	,231	1,304
Potmer	20	1	3	1,85	,131	,587
Flitzkafe	30	1	3	1,90	,074	,403
Flitzsai	8	1	2	1,38	,183	,518
Psyxaks	32	0	33	7,81	1,188	6,718
artpiesh1	9	120	157	140,56	4,640	13,920
artpiesh2	9	70	110	92,22	4,648	13,944
etiap	9	2,0	20,0	9,111	2,1502	6,4507
timestrig	4	250	600	375,00	77,728	155,456
xronorm	1	1	1	1,00	.	.
xronefan	2	,5	21,0	10,750	10,2500	14,4957

6.2 ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

	protek	cgparous	thromb	ptotagg	aggdias	fylo
Έγκυρ.	32	16	31	31	31	32
Ελλείπ.	0	16	1	1	1	0
Μέση τιμή	,59	1,38	,19	,35	,10	1,03
Διάμεση τιμή	1,00	1,00	,00	,00	,00	1,00
Κυρίαρχη τιμή	1	1	0	0	0	1
Ελάχ. τιμή	0	1	0	0	0	1
Μέγ. τιμή	1	3	1	1	1	2

	katoik	kyrerg	eiderg	spoyd	oikogkat	paidia	oikonkat
Έγκυρ.	32	32	32	32	32	32	32
Ελλείπ.	0	0	0	0	0	0	0
Μέση τιμή	1,69	4,31	2,06	1,47	2,00	2,72	1,94
Διάμεση τιμή	1,00	4,00	2,00	1,00	2,00	3,00	2,00
Κυρίαρχη τιμή	1	6	3	1	2	3	2
Ελάχ. τιμή	1	1	1	1	2	0	0
Μέγ. τιμή	3	6	3	3	2	5	4

	syxnebd	somask	entas	kapnt	kapnp	eidkapn	kapnpsig
Έγκυρ.	31	7	7	32	32	28	28

Ελλείπ.	1	25	25	0	0	4	4
Μέση τιμή	,35	1,29	5,29	,38	,88	1,93	,07
Διάμεση τιμή	,00	1,00	6,00	,00	1,00	1,00	,00
Κυρίαρχη τιμή	0	1	6	0	1	1	0
Ελάχ. τιμή	0	1	2	0	0	1	0
Μέγ. τιμή	3	2	8	1	1	3	1

	kapnerg	kapnspit	kapnpaid	kapnalerg	kapnper	kreas	psari
Έγκυρ.	28	28	28	31	32	32	32
Ελλείπ.	4	4	4	1	0	0	0
Μέση τιμή	,82	,93	,86	,84	,78	2,88	2,00
Διάμεση τιμή	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	3,00	2,00
Κυρίαρχη τιμή	1	1	1	1	1	2 ^a	2
Ελάχ. τιμή	0	0	0	0	0	1	1
Μέγ. τιμή	1	1	1	1	1	4	4

	ospria	xort	lax	kot	zymar	sal	glyka
Έγκυρ.	32	32	32	32	32	32	32
Ελλείπ.	0	0	0	0	0	0	0
Μέση τιμή	1,94	2,47	2,50	2,41	2,16	3,06	1,94
Διάμεση τιμή	2,00	3,00	3,00	2,00	2,00	3,00	2,00
Κυρίαρχη τιμή	2	3	3	2 ^a	2	3	1
Ελάχ. τιμή	1	1	1	1	1	2	1

Μέγ. τιμή	3	4	4	3	4	4	4
-----------	---	---	---	---	---	---	---

	merida	froyta	anapsik	xoriszax	potirmer	etfag	elaiol
Έγκυρ.	32	32	32	32	29	32	32
Ελλείπ.	0	0	0	0	3	0	0
Μέση τιμή	2,63	2,19	,59	,47	1,45	,88	1,00
Διάμεση τιμή	3,00	2,00	1,00	,00	1,00	,00	1,00
Κυρίαρχη τιμή	3	1	1	0	1	0	1
Ελάχ. τιμή	1	0	0	0	0	0	1
Μέγ. τιμή	3	5	1	1	5	5	1

	sporel	boyt	marg	galgiaou	tyriasp	tyrikit	tyrixl
Έγκυρ.	32	32	32	32	32	32	32
Ελλείπ.	0	0	0	0	0	0	0
Μέση τιμή	,03	,16	,13	1,47	,69	,59	,13
Διάμεση τιμή	,00	,00	,00	1,00	1,00	1,00	,00
Κυρίαρχη τιμή	0	0	0	1	1	1	0
Ελάχ. τιμή	0	0	0	1	0	0	0
Μέγ. τιμή	1	1	1	3	1	1	1

	psomi	leyko	olik	potat	eidpot	potmer	kafe
Έγκυρ.	32	32	32	32	21	21	32
Ελλείπ.	0	0	0	0	11	11	0

Μέση τιμή	,91	,50	,50	,63	2,24	1,90	,91
Διάμεση τιμή	1,00	,50	,50	1,00	2,00	2,00	1,00
Κυρίαρχη τιμή	1	0 ^a	0 ^a	1	3	1	1
Ελάχ. τιμή	0	0	0	0	1	1	0
Μέγ. τιμή	1	1	1	1	4	4	1

	typkafe	flitzkafe	tsai	flitztsai	istorstef	pater	mhter
Έγκυρ.	29	29	32	9	32	32	32
Ελλείπ.	3	3	0	23	0	0	0
Μέση τιμή	1,41	2,10	,28	1,22	,56	,28	,22
Διάμεση τιμή	1,00	2,00	,00	1,00	1,00	,00	,00
Κυρίαρχη τιμή	1	2	0	1	1	0	0
Ελάχ. τιμή	1	1	0	0	0	0	0
Μέγ. τιμή	2	4	1	2	1	1	1

	adelfos	adelfi	alsygg	ypert	diait	farm	istoryper
Έγκυρ.	32	32	32	32	17	17	32
Ελλείπ.	0	0	0	0	15	15	0
Μέση τιμή	,19	,09	,09	,53	,47	,94	,53
Διάμεση τιμή	,00	,00	,00	1,00	,00	1,00	1,00
Κυρίαρχη τιμή	0	0	0	1	0	1	1
Ελάχ. τιμή	0	0	0	0	0	0	0
Μέγ. τιμή	1	1	1	1	1	1	1

	pat	mht	adeos	adei	alsyg	olixkol	istypxol
Έγκυρ.	32	32	32	32	32	32	32
Ελλείπ.	0	0	0	0	0	0	0
Μέση τιμή	,22	,34	,19	,16	,03	,66	,28
Διάμεση τιμή	,00	,00	,00	,00	,00	1,00	,00
Κυρίαρχη τιμή	0	0	0	0	0	1	0
Ελάχ. τιμή	0	0	0	0	0	0	0
Μέγ. τιμή	1	1	1	1	1	1	1

	pa	mh	ados	adi	als	pathtrigl	diaita
Έγκυρ.	32	32	32	32	32	32	10
Ελλείπ.	0	0	0	0	0	0	22
Μέση τιμή	,03	,19	,13	,09	,00	,31	,80
Διάμεση τιμή	,00	,00	,00	,00	,00	,00	1,00
Κυρίαρχη τιμή	0	0	0	0	0	0	1
Ελάχ. τιμή	0	0	0	0	0	0	0
Μέγ. τιμή	1	1	1	1	0	1	1

	diskia	insoyl	sakx	diai	disk	ins	istorsakx
Έγκυρ.	10	10	32	8	8	8	32
Ελλείπ.	22	22	0	24	24	24	0
Μέση τιμή	,60	,00	,25	,50	,63	,25	,44
Διάμεση τιμή	1,00	,00	,00	,50	1,00	,00	,00

Κυρίαρχη τιμή	1	0	0	0 ^a	1	0	0
Ελάχ. τιμή	0	0	0	0	0	0	0
Μέγ. τιμή	1	0	1	1	1	1	1

	sympen	spat	smht	sadelfos	sadelfh	salsygg	ormon
Έγκυρ.	14	32	32	32	32	31	32
Ελλείπ.	18	0	0	0	0	1	0
Μέση τιμή	,57	,16	,28	,06	,06	,10	,00
Διάμεση τιμή	1,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
Κυρίαρχη τιμή	1	0	0	0	0	0	0
Ελάχ. τιμή	0	0	0	0	0	0	0
Μέγ. τιμή	1	1	1	1	1	1	0

	nefranep	morfnos	rikthyl	rikeltoix	stefan	metmon
Έγκυρ.	32	27	32	32	32	32
Ελλείπ.	0	5	0	0	0	0
Μέση τιμή	,13	1,74	,00	,00	,84	,47
Διάμεση τιμή	,00	2,00	,00	,00	1,00	,00
Κυρίαρχη τιμή	0	2	0	0	1	0
Ελάχ. τιμή	0	1	0	0	0	0
Μέγ. τιμή	1	3	0	0	1	1

protek	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό

0	13	40,6	40,6
1	19	59,4	59,4
Σύνολο	32	100,0	100,0

cgparous	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	11	34,4	68,8
2	4	12,5	25,0
3	1	3,1	6,3
Σύν.μερ.	16	50,0	100,0
Ελλείπ.	16	50,0	
Σύνολο	32	100,0	

thromb	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	25	78,1	80,6
1	6	18,8	19,4
Σύν.μερ.	31	96,9	100,0
Ελλείπ.	1	3,1	
Σύνολο	32	100,0	

ptotagg	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	20	62,5	64,5
1	11	34,4	35,5
Σύν.μερ.	31	96,9	100,0

Ελλείπ.	1	3,1	
Σύνολο	32	100,0	

aggdias	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	28	87,5	90,3
1	3	9,4	9,7
Σύν.μερ.	31	96,9	100,0
Ελλείπ.	1	3,1	
Σύνολο	32	100,0	

fylo	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	31	96,9	96,9
2	1	3,1	3,1
Σύνολο	32	100,0	100,0

katoik	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	17	53,1	53,1
2	8	25,0	25,0
3	7	21,9	21,9
Σύνολο	32	100,0	100,0

kyrerg	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	3	9,4	9,4

2	4	12,5	12,5
3	2	6,3	6,3
4	8	25,0	25,0
5	1	3,1	3,1
6	14	43,8	43,8
Σύνολο	32	100,0	100,0

eiderg	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	10	31,3	31,3
2	10	31,3	31,3
3	12	37,5	37,5
Σύνολο	32	100,0	100,0

spoyd	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	21	65,6	65,6
2	7	21,9	21,9
3	4	12,5	12,5
Σύνολο	32	100,0	100,0

oikogkat	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
2	32	100,0	100,0

paidia	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
---------------	-----------	---------	----------------

0	1	3,1	3,1
1	2	6,3	6,3
2	9	28,1	28,1
3	14	43,8	43,8
4	5	15,6	15,6
5	1	3,1	3,1
Σύνολο	32	100,0	100,0

oikonkat	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	1	3,1	3,1
1	8	25,0	25,0
2	16	50,0	50,0
3	6	18,8	18,8
4	1	3,1	3,1
Σύνολο	32	100,0	100,0

syxnebd	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	24	75,0	77,4
1	4	12,5	12,9
2	2	6,3	6,5
3	1	3,1	3,2
Σύν.μερ.	31	96,9	100,0
Ελλείπ.	1	3,1	

syxnebd	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	24	75,0	77,4
1	4	12,5	12,9
2	2	6,3	6,5
3	1	3,1	3,2
Σύν.μερ.	31	96,9	100,0
Ελλείπ.	1	3,1	
Σύνολο	32	100,0	

somask	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	5	15,6	71,4
2	2	6,3	28,6
Σύν.μερ.	7	21,9	100,0
Ελλείπ.	25	78,1	
Σύνολο	32	100,0	

entas	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
2	1	3,1	14,3
3	1	3,1	14,3
6	4	12,5	57,1
8	1	3,1	14,3
Σύν.μερ.	7	21,9	100,0
Ελλείπ.	25	78,1	

entas	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
2	1	3,1	14,3
3	1	3,1	14,3
6	4	12,5	57,1
8	1	3,1	14,3
Σύν.μερ.	7	21,9	100,0
Ελλείπ.	25	78,1	
Σύνολο	32	100,0	

kapnt	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	20	62,5	62,5
1	12	37,5	37,5
Σύνολο	32	100,0	100,0

kapnp	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	4	12,5	12,5
1	28	87,5	87,5
Σύνολο	32	100,0	100,0

eidkapn	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	15	46,9	53,6
3	13	40,6	46,4
Σύν.μερ.	28	87,5	100,0

Ελλείπ.	4	12,5	
Σύνολο	32	100,0	

καρηptsig	Συχνότητα	Ποσοστό	Εγκυρο ποσοστό
0	26	81,3	92,9
1	2	6,3	7,1
Σύν.μερ.	28	87,5	100,0
Ελλείπ.	4	12,5	
Σύνολο	32	100,0	

Καρηerg	Συχνότητα	Ποσοστό	Εγκυρο ποσοστό
0	5	15,6	17,9
1	23	71,9	82,1
Σύν.μερ.	28	87,5	100,0
Ελλείπ.	4	12,5	
Σύνολο	32	100,0	

καρηspit	Συχνότητα	Ποσοστό	Εγκυρο ποσοστό
0	2	6,3	7,1
1	26	81,3	92,9
Σύν.μερ.	28	87,5	100,0
Ελλείπ.	4	12,5	

καρnspit	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	2	6,3	7,1
1	26	81,3	92,9
Σύν.μερ.	28	87,5	100,0
Ελλείπ.	4	12,5	
Σύνολο	32	100,0	

καρnpaid	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	4	12,5	14,3
1	24	75,0	85,7
Σύν.μερ.	28	87,5	100,0
Ελλείπ.	4	12,5	
Σύνολο	32	100,0	

καρnalerg	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	5	15,6	16,1
1	26	81,3	83,9
Σύν.μερ.	31	96,9	100,0
Ελλείπ.	1	3,1	
Σύνολο	32	100,0	

kapner	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	7	21,9	21,9
1	25	78,1	78,1
Σύνολο	32	100,0	100,0

kreas	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	2	6,3	6,3
2	10	31,3	31,3
3	10	31,3	31,3
4	10	31,3	31,3
Σύνολο	32	100,0	100,0

psari	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	8	25,0	25,0
2	18	56,3	56,3
3	4	12,5	12,5
4	2	6,3	6,3
Σύνολο	32	100,0	100,0

ospria	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	7	21,9	21,9
2	20	62,5	62,5
3	5	15,6	15,6

ospria	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	7	21,9	21,9
2	20	62,5	62,5
3	5	15,6	15,6
Σύνολο	32	100,0	100,0

xort	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	3	9,4	9,4
2	12	37,5	37,5
3	16	50,0	50,0
4	1	3,1	3,1
Σύνολο	32	100,0	100,0

lax	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	3	9,4	9,4
2	12	37,5	37,5
3	15	46,9	46,9
4	2	6,3	6,3
Σύνολο	32	100,0	100,0

kot	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	2	6,3	6,3
2	15	46,9	46,9

3	15	46,9	46,9
Σύνολο	32	100,0	100,0

zymar	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	8	25,0	25,0
2	13	40,6	40,6
3	9	28,1	28,1
4	2	6,3	6,3
Σύνολο	32	100,0	100,0

sal	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
2	5	15,6	15,6
3	20	62,5	62,5
4	7	21,9	21,9
Σύνολο	32	100,0	100,0

glyka	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	13	40,6	40,6
2	10	31,3	31,3
3	7	21,9	21,9
4	2	6,3	6,3
Σύνολο	32	100,0	100,0

merida	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	4	12,5	12,5
2	4	12,5	12,5
3	24	75,0	75,0
Σύνολο	32	100,0	100,0

froyta	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	4	12,5	12,5
1	9	28,1	28,1
2	7	21,9	21,9
3	6	18,8	18,8
4	1	3,1	3,1
5	5	15,6	15,6
Σύνολο	32	100,0	100,0

anapsik	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	13	40,6	40,6
1	19	59,4	59,4
Σύνολο	32	100,0	100,0

xoriszax	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	17	53,1	53,1
1	15	46,9	46,9

xoriszax	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	17	53,1	53,1
1	15	46,9	46,9
Σύνολο	32	100,0	100,0

potirmer	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	3	9,4	10,3
1	15	46,9	51,7
2	9	28,1	31,0
4	1	3,1	3,4
5	1	3,1	3,4
Σύν.μερ.	29	90,6	100,0
Ελλείπ.	3	9,4	
Σύνολο	32	100,0	

etfag	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	19	59,4	59,4
1	6	18,8	18,8
2	3	9,4	9,4
3	1	3,1	3,1
4	2	6,3	6,3
5	1	3,1	3,1
Σύνολο	32	100,0	100,0

elaioi	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	32	100,0	100,0

sporei	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	31	96,9	96,9
1	1	3,1	3,1
Σύνολο	32	100,0	100,0

boyt	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	27	84,4	84,4
1	5	15,6	15,6
Σύνολο	32	100,0	100,0

marg	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	28	87,5	87,5
1	4	12,5	12,5
Σύνολο	32	100,0	100,0

galgiaou	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	18	56,3	56,3
2	13	40,6	40,6
3	1	3,1	3,1
Σύνολο	32	100,0	100,0

tyriasp	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	10	31,3	31,3
1	22	68,8	68,8
Σύνολο	32	100,0	100,0

tyrikit	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	13	40,6	40,6
1	19	59,4	59,4
Σύνολο	32	100,0	100,0

tyrixi	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	28	87,5	87,5
1	4	12,5	12,5
Σύνολο	32	100,0	100,0

psomi	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	3	9,4	9,4
1	29	90,6	90,6
Σύνολο	32	100,0	100,0

leyko	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	16	50,0	50,0
1	16	50,0	50,0

leyko	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	16	50,0	50,0
1	16	50,0	50,0
Σύνολο	32	100,0	100,0

olik	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	16	50,0	50,0
1	16	50,0	50,0
Σύνολο	32	100,0	100,0

pot	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	12	37,5	37,5
1	20	62,5	62,5
Σύνολο	32	100,0	100,0

eidpot	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	6	18,8	28,6
2	6	18,8	28,6
3	7	21,9	33,3
4	2	6,3	9,5
Σύν.μερ.	21	65,6	100,0
Ελλείπ.	11	34,4	
Σύνολο	32	100,0	

potmer	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	10	31,3	47,6
2	6	18,8	28,6
3	2	6,3	9,5
4	3	9,4	14,3
Σύν.μερ.	21	65,6	100,0
Ελλείπ.	11	34,4	
Σύνολο	32	100,0	

kafe	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	3	9,4	9,4
1	29	90,6	90,6
Σύνολο	32	100,0	100,0

typkafe	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	17	53,1	58,6
2	12	37,5	41,4
Σύν.μερ.	29	90,6	100,0
Ελλείπ.	3	9,4	
Σύνολο	32	100,0	

flitzkafe	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
------------------	-----------	---------	----------------

1	6	18,8	20,7
2	16	50,0	55,2
3	5	15,6	17,2
4	2	6,3	6,9
Σύν.μερ.	29	90,6	100,0
Ελλείπ.	3	9,4	
Σύνολο	32	100,0	

tsai	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	23	71,9	71,9
1	9	28,1	28,1
Σύνολο	32	100,0	100,0

flitztsai	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	1	3,1	11,1
1	5	15,6	55,6
2	3	9,4	33,3
Σύν.μερ.	9	28,1	100,0
Ελλείπ.	23	71,9	
Σύνολο	32	100,0	

istorstef	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	14	43,8	43,8

1	18	56,3	56,3
Σύνολο	32	100,0	100,0

pater	Συχνότητα	Ποσοστό	Εγκυρο ποσοστό
0	23	71,9	71,9
1	9	28,1	28,1
Σύνολο	32	100,0	100,0

mhter	Συχνότητα	Ποσοστό	Εγκυρο ποσοστό
0	25	78,1	78,1
1	7	21,9	21,9
Σύνολο	32	100,0	100,0

adelfos	Συχνότητα	Ποσοστό	Εγκυρο ποσοστό
0	26	81,3	81,3
1	6	18,8	18,8
Σύνολο	32	100,0	100,0

adelfi	Συχνότητα	Ποσοστό	Εγκυρο ποσοστό
0	29	90,6	90,6
1	3	9,4	9,4
Σύνολο	32	100,0	100,0

alsygg	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	29	90,6	90,6
1	3	9,4	9,4
Σύνολο	32	100,0	100,0

ypert	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	15	46,9	46,9
1	17	53,1	53,1
Σύνολο	32	100,0	100,0

diait	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	9	28,1	52,9
1	8	25,0	47,1
Σύν.μερ.	17	53,1	100,0
Ελλείπ.	15	46,9	
Σύνολο	32	100,0	

farm	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	1	3,1	5,9
1	16	50,0	94,1
Σύν.μερ.	17	53,1	100,0
Ελλείπ.	15	46,9	
Σύνολο	32	100,0	

istoryper	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	15	46,9	46,9
1	17	53,1	53,1
Σύνολο	32	100,0	100,0

pat	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	25	78,1	78,1
1	7	21,9	21,9
Σύνολο	32	100,0	100,0

mht	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	21	65,6	65,6
1	11	34,4	34,4
Σύνολο	32	100,0	100,0

adeos	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	26	81,3	81,3
1	6	18,8	18,8
Σύνολο	32	100,0	100,0

adei	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	27	84,4	84,4

1	5	15,6	15,6
Σύνολο	32	100,0	100,0

alsyg	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	31	96,9	96,9
1	1	3,1	3,1
Σύνολο	32	100,0	100,0

olikhol	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	11	34,4	34,4
1	21	65,6	65,6
Σύνολο	32	100,0	100,0

istypxol	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	23	71,9	71,9
1	9	28,1	28,1
Σύνολο	32	100,0	100,0

pa	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	31	96,9	96,9
1	1	3,1	3,1
Σύνολο	32	100,0	100,0

mh	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	26	81,3	81,3
1	6	18,8	18,8
Σύνολο	32	100,0	100,0

ados	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	28	87,5	87,5
1	4	12,5	12,5
Σύνολο	32	100,0	100,0

adi	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	29	90,6	90,6
1	3	9,4	9,4
Σύνολο	32	100,0	100,0

als	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	32	100,0	100,0

pathtrigl	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	22	68,8	68,8
1	10	31,3	31,3
Σύνολο	32	100,0	100,0

diaita	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	2	6,3	20,0
1	8	25,0	80,0
Σύν.μερ.	10	31,3	100,0
Ελλείπ.	22	68,8	
Σύνολο	32	100,0	

diskia	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	4	12,5	40,0
1	6	18,8	60,0
Σύν.μερ.	10	31,3	100,0
Ελλείπ.	22	68,8	
Σύνολο	32	100,0	

insoyl	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	10	31,3	100,0
Ελλείπ.	22	68,8	
Σύνολο	32	100,0	

sakx	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	24	75,0	75,0
1	8	25,0	25,0

sakx	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	24	75,0	75,0
1	8	25,0	25,0
Σύνολο	32	100,0	100,0

diai	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	4	12,5	50,0
1	4	12,5	50,0
Σύν.μερ.	8	25,0	100,0
Ελλείπ.	24	75,0	
Σύνολο	32	100,0	

disk	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	3	9,4	37,5
1	5	15,6	62,5
Σύν.μερ.	8	25,0	100,0
Ελλείπ.	24	75,0	
Σύνολο	32	100,0	

ins	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	6	18,8	75,0
1	2	6,3	25,0
Σύν.μερ.	8	25,0	100,0

Ελλείπ.	24	75,0	
Σύνολο	32	100,0	

istorsakx	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	18	56,3	56,3
1	14	43,8	43,8
Σύνολο	32	100,0	100,0

sympcr	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	6	18,8	42,9
1	8	25,0	57,1
Σύν.μερ.	14	43,8	100,0
Ελλείπ.	18	56,3	
Σύνολο	32	100,0	

spat	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	27	84,4	84,4
1	5	15,6	15,6
Σύνολο	32	100,0	100,0

smht	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	23	71,9	71,9
1	9	28,1	28,1

smht	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	23	71,9	71,9
1	9	28,1	28,1
Σύνολο	32	100,0	100,0

sadelfos	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	30	93,8	93,8
1	2	6,3	6,3
Σύνολο	32	100,0	100,0

sadelfh	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	30	93,8	93,8
1	2	6,3	6,3
Σύνολο	32	100,0	100,0

salsygg	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	28	87,5	90,3
1	3	9,4	9,7
Σύν.μερ.	31	96,9	100,0
Ελλείπ.	1	3,1	
Σύνολο	32	100,0	

ormon	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό

ormon	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	32	100,0	100,0

nefranep	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	28	87,5	87,5
1	4	12,5	12,5
Σύνολο	32	100,0	100,0

morfnos	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
1	10	31,3	37,0
2	14	43,8	51,9
3	3	9,4	11,1
Σύν.μερ.	27	84,4	100,0
Ελλείπ.	5	15,6	
Σύνολο	32	100,0	

rikthyl	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	32	100,0	100,0

rikeltoix	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	32	100,0	100,0

stefan	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	5	15,6	15,6
1	27	84,4	84,4
Σύνολο	32	100,0	100,0

metmon	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
0	17	53,1	53,1
1	15	46,9	46,9
Σύνολο	32	100,0	100,0

	N	Ελάχ. τιμή	Μέγ. τιμή	Μέση τιμή	Τυπικό λάθος της μέσης τιμής	Τυπική απόκλιση
ageekd	32	28	94	59,19	2,543	14,385
hours	26	,0	12,0	1,923	,5573	2,8415
cpk	31	22	338	89,81	12,977	72,254
cpkmb	21	2,00	285,00	26,0567	13,02858	59,70443
tropon	30	,000	200,000	8,25647	6,740583	36,919693
ldh	30	123	771	215,27	21,301	116,670
leyka	22	6,0	602,0	35,877	26,9619	126,4625
oyria	31	4	109	51,48	4,129	22,988
kreat	31	,7	27,0	2,381	,8938	4,9762
oyroxy	18	1,4	11,6	6,544	,6093	2,5851
age	32	28	95	61,69	2,545	14,399

baros	32	65,0	129,0	92,047	2,7841	15,7492
ypsos	32	1,60	1,97	1,7519	,01358	,07681
spoyd	32	1	3	1,47	,127	,718
paidia	32	0	5	2,72	,181	1,023
oikonkat	32	0	4	1,94	,148	,840
syxnebd	31	0	3	,35	,136	,755
meshdiar	2	30	45	37,50	7,500	10,607
somask	7	1	2	1,29	,184	,488
entas	7	2	8	5,29	,778	2,059
eti	27	10	55	31,04	2,446	12,708
tsighm	28	10	90	41,96	3,860	20,428
etidiak	16	,5	40,0	13,969	3,3302	13,3210
etpath	5	30	65	45,40	6,493	14,519
kreas	32	1	4	2,88	,166	,942
psari	32	1	4	2,00	,142	,803
ospria	32	1	3	1,94	,109	,619
xort	32	1	4	2,47	,127	,718
lax	32	1	4	2,50	,135	,762
kot	32	1	3	2,41	,109	,615
zymar	32	1	4	2,16	,156	,884
sal	32	2	4	3,06	,109	,619
glyka	32	1	4	1,94	,168	,948
potirmer	29	0	5	1,45	,196	1,055
etfag	32	0	5	,88	,245	1,385

froyta	32	0	5	2,19	,282	1,595
potmer	21	1	4	1,90	,238	1,091
flitzkafe	29	1	4	2,10	,152	,817
flitztsai	9	0	2	1,22	,222	,667
psyxaks	32	1	30	14,56	1,353	7,654
artpiesh1	16	120	220	157,12	6,820	27,281
artpiesh2	16	65	140	88,81	4,805	19,219
etiap	12	1,0	20,0	8,208	1,9612	6,7939
timestrig	10	210	900	367,00	63,264	200,058
xronefan	3	,5	8,0	4,500	2,1794	3,7749
cpkmeg	29	35	871	196,86	40,249	216,748
cpkmbm	20	6,00	285,00	34,1635	13,73212	61,41192
tropmeg	29	,000	200,000	11,98352	7,011592	37,758580

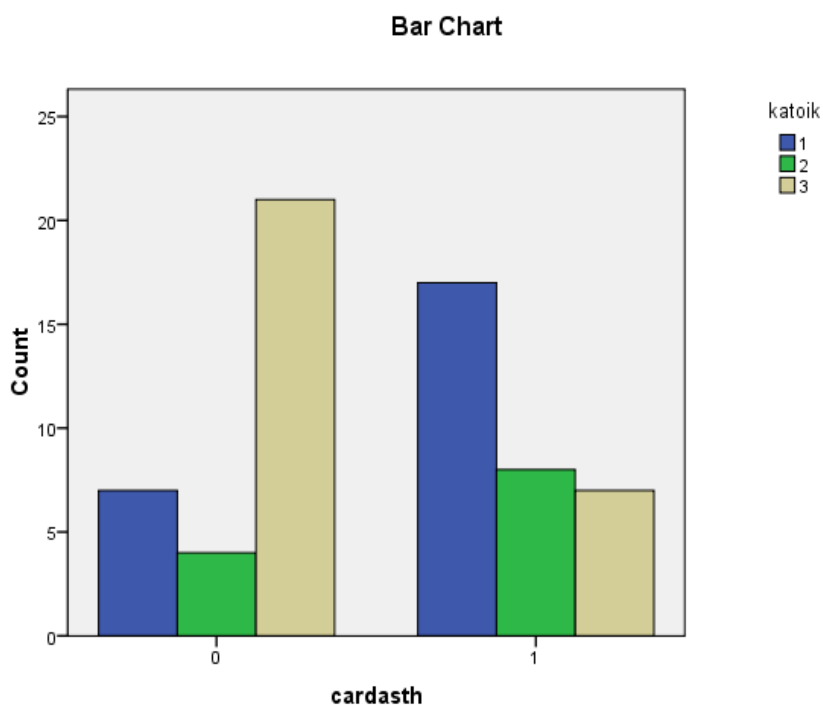
6.3 ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕΤΑΞΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΑΙ ΜΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Πίνακας 1: Σχέση cardasth * katoik: Διερεύνηση της σχέσης της εμφάνισης ή μη στεφανιαίας νόσου και του τύπου κατοικίας του πληθυσμού

$\chi^2=12,500$; β.ε.=2; P=,002

στατιστικά σημαντική

		katoik			Total
		1 Αστικός	2 Ημιαστικός	3 αγροτικός	
cardasth 0	Count	7	4	21	32
	% within cardasth	21,9%	12,5%	65,6%	100,0%
	% within katoik	29,2%	33,3%	75,0%	50,0%
	% of Total	10,9%	6,3%	32,8%	50,0%
1	Count	17	8	7	32
	% within cardasth	53,1%	25,0%	21,9%	100,0%
	% within katoik	70,8%	66,7%	25,0%	50,0%
	% of Total	26,6%	12,5%	10,9%	50,0%
Total	Count	24	12	28	64
	% within cardasth	37,5%	18,8%	43,8%	100,0%
	% within katoik	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	37,5%	18,8%	43,8%	100,0%



Παρατηρείται στατιστικά σημαντικά ότι αυτοί που εμφάνισαν στεφανιαία νόσο προέρχονται κυρίως από τον αστικό πληθυσμό (53,1%).

Πίνακας 2: Σχέση cardasth * merida:

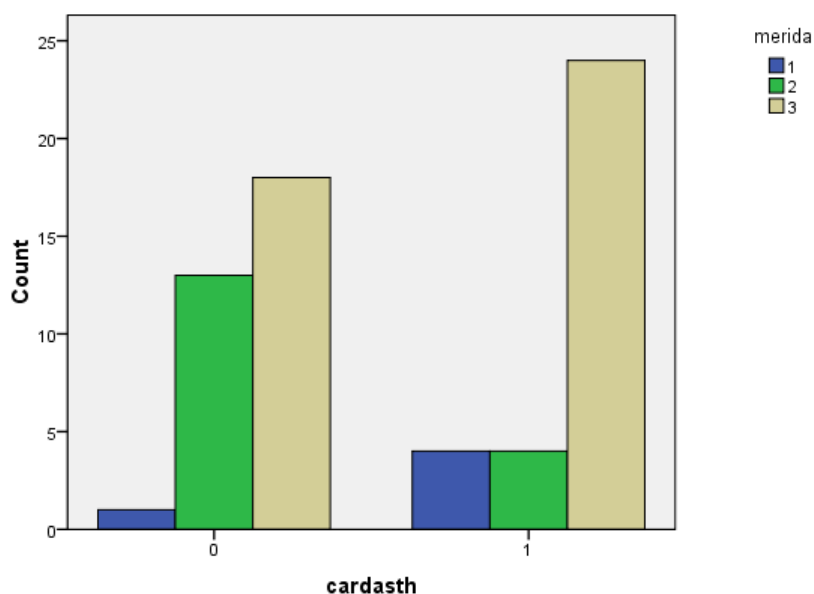
$\chi^2=7,422$; β.ε.=2; P=.024

στατιστικά σημαντική

		merida			Total
		1	2	3	
cardasth 0	Count	1	13	18	32
	% within cardasth	3,1%	40,6%	56,3%	100,0%
	% within merida	20,0%	76,5%	42,9%	50,0%
	% of Total	1,6%	20,3%	28,1%	50,0%
1	Count	4	4	24	32

	% within cardasth	12,5%	12,5%	75,0%	100,0%
	% within merida	80,0%	23,5%	57,1%	50,0%
	% of Total	6,3%	6,3%	37,5%	50,0%
Total	Count	5	17	42	64
	% within cardasth	7,8%	26,6%	65,6%	100,0%
	% within merida	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	7,8%	26,6%	65,6%	100,0%

Bar Chart



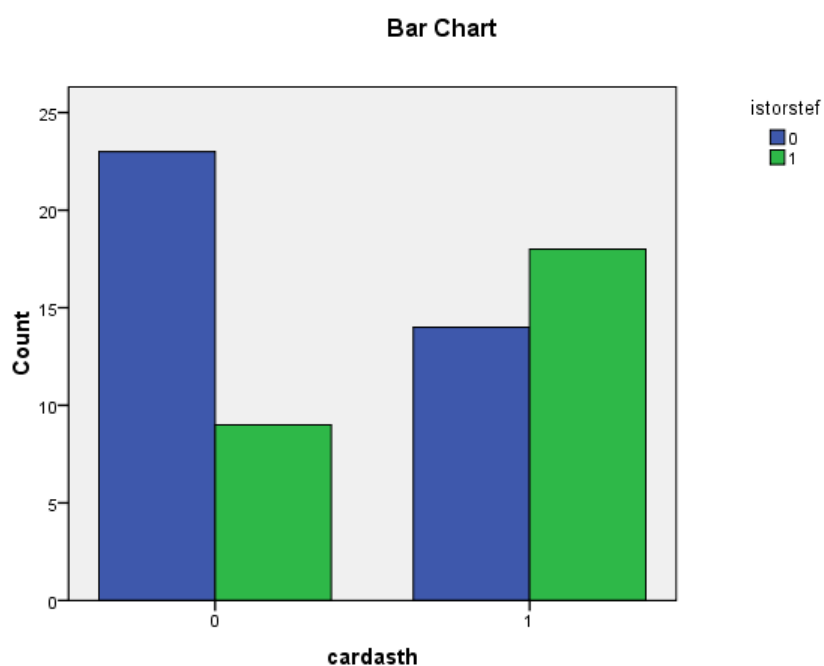
Παρατηρείται στατιστικά σημαντικά ότι αυτοί που εμφάνισαν στεφανιαία νόσο κατανάλωναν ποσότητα φαγητού μεγαλύτερη από αυτή του εστιατορίου (75%), ενώ αυτοί που δεν εμφάνισαν στεφανιαία νόσο κατανάλωναν ποσότητα φαγητού μικρότερη ή ίση από αυτή του εστιατορίου (αθροιστικά 43,7%).

Πίνακας3:Σχέση cardasth * istorstef:

$$\chi^2=5,189; \beta.ε.=1; P=,023$$

στατιστικά σημαντική

			istorstef		Total
			0	1	
cardasth	0	Count	23	9	32
		% within cardasth	71,9%	28,1%	100,0%
		% within istorstef	62,2%	33,3%	50,0%
		% of Total	35,9%	14,1%	50,0%
1		Count	14	18	32
		% within cardasth	43,8%	56,3%	100,0%
		% within istorstef	37,8%	66,7%	50,0%
		% of Total	21,9%	28,1%	50,0%
Total		Count	37	27	64
		% within cardasth	57,8%	42,2%	100,0%
		% within istorstef	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	57,8%	42,2%	100,0%



Παρατηρείται στατιστικά σημαντικά ότι αυτοί που εμφάνισαν στεφανιαία νόσο είχαν αυξημένο ποσοστό εμφάνισης κληρονομικού ιστορικού στεφανιαίας νόσου (56,3%), ενώ αυτοί που δεν εμφάνισαν στεφανιαία νόσο είχαν στατιστικά σημαντικό μικρότερο ποσοστό κληρονομικού ιστορικού (28,1%).

Πίνακας4:Σχέση cardasth * ypert:

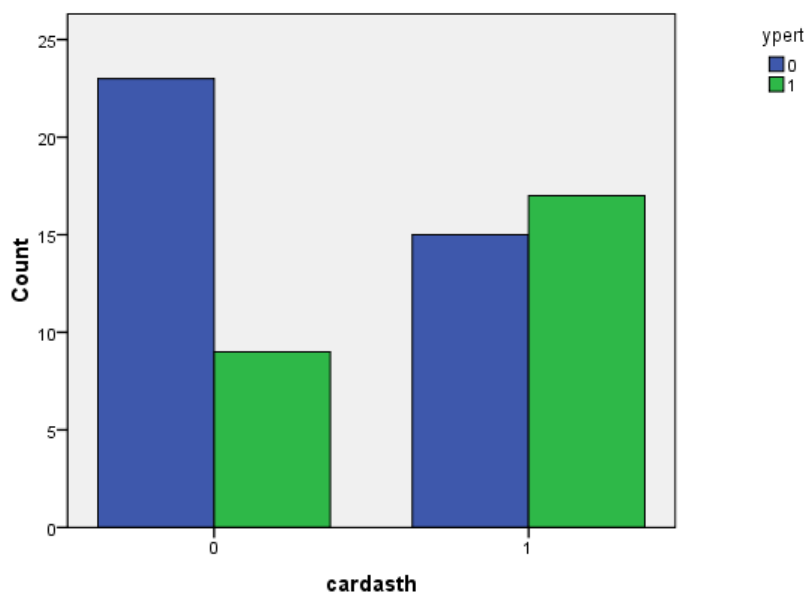
$\chi^2=4,146$; β.ε.=1; P=.042

στατιστικά σημαντική

		ypert		Total	
		0	1		
cardasth	0	Count	23	9	32
		% within cardasth	71,9%	28,1%	100,0%
		% within ypert	60,5%	34,6%	50,0%

	% of Total	35,9%	14,1%	50,0%
1	Count	15	17	32
	% within cardasth	46,9%	53,1%	100,0%
	% within ypert	39,5%	65,4%	50,0%
	% of Total	23,4%	26,6%	50,0%
Total	Count	38	26	64
	% within cardasth	59,4%	40,6%	100,0%
	% within ypert	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	59,4%	40,6%	100,0%

Bar Chart



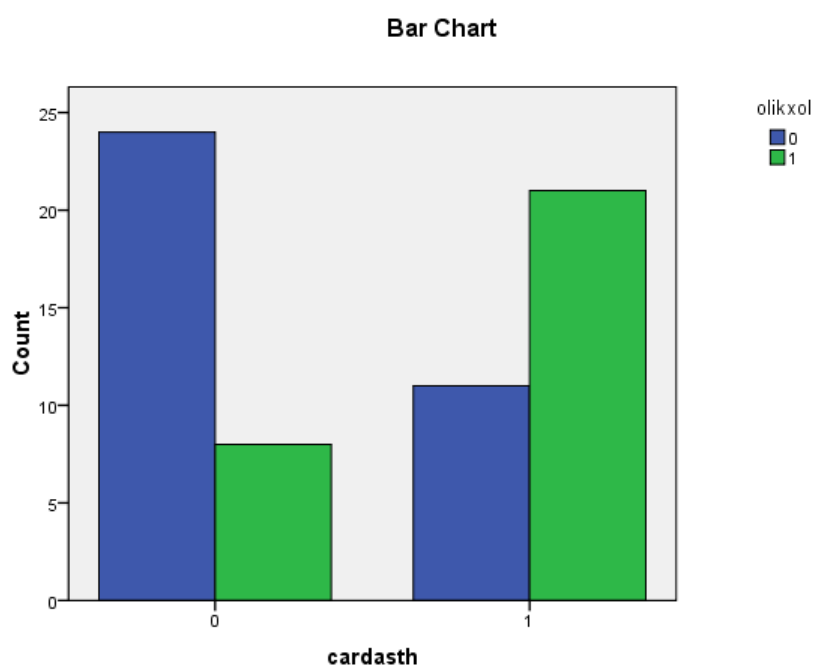
Παρατηρείται στατιστικά σημαντικά ότι αυτοί που εμφάνισαν στεφανιαία νόσο είχαν αυξημένο ποσοστό εμφάνισης αρτηριακής υπέρτασης (53,1%), ενώ αυτοί που δεν εμφάνισαν στεφανιαία νόσο είχαν στατιστικά σημαντικό μικρότερο ποσοστό αρτηριακής υπέρτασης (28,1%).

Πίνακας 5: Σχέση cardasth * olikxol:

$\chi^2=10,656$; β.ε.=1; P=.001

στατιστικά σημαντική

			olikxol		Total
			0	1	
cardasth	0	Count	24	8	32
		% within cardasth	75,0%	25,0%	100,0%
		% within olikxol	68,6%	27,6%	50,0%
		% of Total	37,5%	12,5%	50,0%
1		Count	11	21	32
		% within cardasth	34,4%	65,6%	100,0%
		% within olikxol	31,4%	72,4%	50,0%
		% of Total	17,2%	32,8%	50,0%
Total		Count	35	29	64
		% within cardasth	54,7%	45,3%	100,0%
		% within olikxol	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	54,7%	45,3%	100,0%



Παρατηρείται στατιστικά σημαντικά ότι αυτοί που εμφάνισαν στεφανιαία νόσο είχαν αυξημένο ποσοστό υψηλής ολικής χοληστερόλης (65,6%), ενώ αυτοί που δεν εμφάνισαν στεφανιαία νόσο είχαν στατιστικά σημαντικό μικρότερο ποσοστό υψηλής ολικής χοληστερόλης (25%).

Πίνακας6: Τα αποτελέσματα της Mann-Whitney δοκιμασίας για τη σύγκριση των ποσοτικών μεταβλητών.

cardasth		N	Mean Rank	Mann-Whitney U	P	Στατιστικά σημαντικό
BMI	0	32	25,69	294,0	0,003	NAI
	1	32	39,31			
	Total	64				
psyxaks	0	32	23,91	237,000	,000	NAI
	1	32	41,09			
	Total	64				

Παρατηρείται με στατιστική σημαντικότητα ότι υψηλότεροι βαθμοί ψυχολογικής αξιολόγησης (μεγάλη βαθμολογία στη κλίμακα 0-60= στρες, μικρή βαθμολογία στη κλίμακα 0-60=ηρεμία) εμφανίζονται σε ασθενείς που εμφάνισαν στεφανιαία νόσο, ενώ στους ασθενείς που δεν εμφάνισαν στεφανιαία νόσο παρατηρούνται χαμηλοί βαθμοί ψυχολογικής αξιολόγησης.

Παρατηρείται με στατιστική σημαντικότητα ότι υψηλότεροι βαθμοί στη κλίμακα δείκτη μάζας σώματος (BMI) υπήρχαν στους ασθενείς με στεφανιαία νόσο(>35), ενώ οι ασθενείς που δεν εμφάνισαν στεφανιαία νόσο είχαν χαμηλότερους βαθμούς στη κλίμακα δείκτη μάζας σώματος(<35).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η μελέτη διερεύνησε ουσιαστικά τη συμπεριφορά των πολιτών (ασθενών και μη – ασθενών) απέναντι σε προδιαθεσικούς παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου.

Από τα αποτελέσματα που περιγράφηκαν παραπάνω προκύπτει ότι οι ασθενείς με στεφανιαία νόσο είχαν αναπτύξει τροποποιήσιμους και μη τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου ικανούς να τους οδηγήσουν στη νόσο.

Φαίνεται ότι επαληθεύεται η συσχέτιση της κληρονομικότητας με τη εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου, είναι όμως μη τροποποιήσιμος παράγοντας και απλά συντρέχει μαζί με τους άλλους που πιθανόν να υπάρχουν.

Από την άλλη πλευρά είναι φανερό ότι η εμφάνιση της νόσου σχετίστηκε στην μελέτη με ορισμένους παράγοντες κινδύνους που θα μπορούσε ο καθένας να ελέγξει και να αποφύγει την έκθεση σε αυτούς. Δηλαδή η αυξημένη μερίδα φαγητού, η αυξημένη ΑΠ, η αυξημένη χοληστερόλη, ο αυξημένος δείκτης μάζας σώματος και η αυξημένη ψυχολογική πίεση (στρες) αποτελέσαν ένα αναπόφευκτα νομοτελειακό αιτιολογικό σύμπλοκο ανάπτυξης στεφανιαίας νόσου.

Οι άνθρωποι οφείλουν να ενημερώνονται (πλέον στην εποχή μας αυτό γίνεται με όλα τα μέσα) για τους κινδύνους που διατρέχουν διατηρώντας και διαβιώνοντας μαζί με πολλούς παράγοντες κινδύνου στεφανιαίας νόσου, ώστε να αναλάβουν την ευθύνη της συμμόρφωσης ή όχι απέναντι στις οδηγίες που δίνονται από τους ειδικούς.

Στην μελέτη φάνηκε ότι και ο τόπος κατοικίας ίσως σχετίζεται με την ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου αφού οι πιο πολλοί στεφανιαίοι ασθενείς ήταν σε αστικό περιβάλλον. Αυτό, σε συνδυασμό με το στρες φαίνεται ότι πέρα από τους κάθε αυτό κλινικούς παράγοντες κινδύνου (ΑΠ, χοληστερόλη, κλπ) μεγάλη σημασία πρέπει να προσδίδεται και στο περιβάλλον διαβίωσης.

Φαίνεται βέβαια ότι και το μεταβολικό σύνδρομο πρέπει να παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση Σ.Ν. αφού εδώ συνυπάρχουν αυξημένη ΑΠ, αυξημένη χοληστερόλη, αυξημένο δείκτης μάζας σώματος. Όμως, συγκεκριμένες ελλείψεις στην καταγραφή ορισμένων βιοχημικών εξετάσεων δεν μας επέτρεψαν να υπολογίσουμε επακριβώς τα δεδομένα αυτά.

Καταλήγοντας γίνεται φανερό ότι η αποφυγή της στεφανιαίας νόσου εξαρτάται από την υιοθέτηση υγιεινού μοντέλου διαβίωσης ώστε να παρεμβαίνει ο καθένας σε πρωτοβάθμιο επίπεδο πρόληψης (αποφυγή τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου). Δηλαδή το καίριο και κύριο συνάμα πεδίο δράσης είναι η κοινότητα, πριν δηλαδή την προσφυγή στο νοσοκομείο. Ο κοινοτικός νοσηλευτής που λείπει σήμερα από το ελληνικό σύστημα υγείας θα μπορούσε να προσφέρει ένα τεράστιο έργο πάνω σε αυτόν τον τομέα της πρόληψης και ενημέρωσης των πολιτών.

Προγράμματα αγωγής υγείας όπως η ενημέρωση για τη νόσο, η διακοπή του καπνίσματος, η υιοθέτηση μεσογειακής διατροφής, κλπ θα μπορέσουν ίσως να αποτρέψουν τους πολίτες από τον κίνδυνο για ΣΝ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Sans S, Kesteloot H, Kromhout D on behalf of the Task Force: The burden of cardiovascular diseases mortality in Europe. Task Force for the European Society of Cardiology on Cardiovascular Mortality and Morbidity Statistics in Europe. *Eur Heart J* 1997, 18: 1231-1248.
2. Marmot MG, Shipley MJ, Rose G: Inequalities in death-specific explanations of a general pattern? *Lancet* 1984, ii: 1003-1006.
3. Marmot MG, Kogevinas M, Elson MA: Socioeconomic status and disease. *WHO Reg Publ Eur Ser* 1991, 37: 113-146.
4. Jacobsen BK, Thelle DS: Risk Factors for coronary heart disease and levels of education. The Tromso Heart Study. *Am J Epidemiol* 1988, 127: 923.
5. Winkleby MA, Fortmann SP, Barrett DC: Social class disparities in risk factors for disease. Eight-year prevalence patterns by level of education. *Prev Med* 1990, 19: 1-12.
6. Luepker RV, Rosamond WD, Murphy R, et al: Socioeconomic status and coronary heart disease risk factor trends. The Minnesota Heart Survey. *Circulation* 1993, 88 (part 1): 2172-2179.
7. Wagenknecht LE, Perkins LL, Cutter Gr, et al: Cigarette smoking is strongly related to educational status. The CARDIA study. *Prev Med* 1990, 19: 158-169.
8. Osler M: Social class and health behavior in Danish adults: a longitudinal study. *Public Health* 1993, 107: 251-260.
9. Bolton-Smith C, Smith WCS, Woodward M, Tunstall-Pedoe H: Nutrient intakes of different social-class groups. Results from the Scottish Heart Health Study (SHHS). *Br J Nutr* 1991, 65: 321-335.
10. Nourjah P, Wagener DK, Eberhardt M, Orowitz AM: Knowledge of risk factors and risk behaviours related to coronary heart disease among blue and white-collar males. *J public Health policy* 1994, 15: 443-459.
11. Sobal J: Obesity and socioeconomic status: A framework for examining relationships between physical and social variables. *Med Anthropol* 1991, 13: 231-247.
12. Burke GL, Savage PJ, Manorio RA, et al: Correlates of obesity in younger black and white women: The CARDIA Study. *Am J Pub Health* 1992, 82: 1621-1625.
13. Orth-Gomer K, Rosengren A, Wilhemsen L: Lack of social support and incidence of coronary heart disease in middle-aged Swedish men. *Psychos Med* 1993, 55: 37-43.
14. Bosma H, Marmot MG, Hemingway H, Nicholson A, Brunner EJ, Stanfeld S: Low job control and risk of coronary heart disease in the Whitehall II (prospective cohort) study. *Br Med J* 1997, 314: 558-565.
15. Theorell T, Tsutsumi A, Hallqvist J, et al: Decision latitude, job strain and myocardial infarction: A study of working men in Stockholm. *Am J Pub Health* 1998, 88: 382-388.
16. Chesney AM: Social support and heart disease in women. Implications for intervention. In: Orth-Gomer K, Chesney AM, Wenger NK eds. *Women, Stress and Heart Disease*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associated, Publishers, 1998, 165-184.
17. Lush JW, Kaplan GA, Cohen RD, et al: Do cardiovascular risk factors explain the relation between socio-economic status, risk of all cause mortality, cardiovascular mortality, and acute myocardial infarction? *Am J Epidemiol* 1996, 144: 934-942.
18. Marmot MG, Bosma H, Hemingway H, Brunner E, Stanfeld S: Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence. *Lancet* 1997, 350: 235-239.

19. Wamala SP, Orth-Gomez K: Interfaces of human biology and social organization: Challenges for future research. A National Report on: Promoting research on Inequality in Health in Sweden, 1998.
20. Pyorala K, De Backer G, Graham I, Poole-Wilson P, Wood D: Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Task Force of the European Society of Cardiology, European Atherosclerosis Society and European Society of Hypertension. *Eur Heart J* 1994, 15: 1300-1331, *Atherosclerosis* 1994, 110: 121-161.
21. Pyorala K, De Backer G, Graham I, Poole-Wilson P, Wood D: Prevence ischemicke choroby srdecni v klinicke praxi. *Cor Vasa* 1995, 37: K123-125.
22. Pyorala K, De Backer G, Graham I, Poole-Wilson P, Wood D: Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Task Force of the European Society of Cardiology, European Atherosclerosis Society and European Society of Hypertension. *Cyprus Med J* 1995, 13: 3-12.
23. Pyorala K, De Backer G, Graham I, Poole-Wilson P, Wood D: Prevention de la maladie coronarienne en pretique clinique. *Coeur Vaisseaux* 1995, 10: 1493-1535.
24. Pyorala K, De Backer G, Graham I, Poole-Wilson P, Wood D: Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Task Force of the European Society of Cardiology, European Atherosclerosis Society and European Society of Hypertension. *Hellenic J Cardiol* 1995, 36: 228-238.
25. Pyorala K, De Backer G, Graham I, Poole-Wilson P, Wood D: Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Task Force of the European Society of Cardiology, European Atherosclerosis Society and European Society of Hypertension. *Latvias Arsts* 1995, 10: 6-12.
26. Pyorala K, De Backer G, Graham I, Poole-Wilson P, Wood D: Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Task Force of the European Society of Cardiology, European Atherosclerosis Society and European Society of Hypertension. *Hjerteforum* 1995, 2: 23-33.
27. Pyorala K, De Backer G, Graham I, Poole-Wilson P, Wood D: Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Task Force of the European Society of Cardiology, European Atherosclerosis Society and European Society of Hypertension. *Rev Rom Cardiol* 1995, 1: 25-29.
28. Pyorala K, De Backer G, Graham I, Poole-Wilson P, Wood D: Prevencion de la enfermedad coronaria en la practica clinica. Recomendaciones del Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiologia (ESC), Sociedad Europea de Aterosclerosis (EAS) y Sociedad Europea de Hipertension (ESH). *Rev Esp Cardiol* 1995, 48: 773-780.
29. Pyorala K, De Backer G, Graham I, Poole-Wilson P, Wood D: Koroner Kalp Hastahginndan Korunma ve Tedaviye Iliskin Ulusal Kilavuz. *Turk Kardiyol Dern Ars* 1995, 3: 213-224.
30. Kuhn P: Die Herzrisikotabelle fass fur den niedergelassene Arzt die wichtigsten Facten der Herz-Kreislaufpravention zusammen. *J Austr Med Assoc* 1996, 10: 28-33.
31. Pyorala K, De Backer G, Graham I, Poole-Wilson P, Wood D: Prevention de la maladie coronarienne en pratique clinique: resume pour les cliniciens. *J Cardiologie* 1996, 8: 71-80.
32. Pyorala K, De Backer G, Graham I, Poole-Wilson P, Wood D: Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Task Force of the European Society of Cardiology, European Atherosclerosis Society and European Society of Hypertension. *J Croat Med Assoc* 1996, 108: 21-226.
33. Pyorala K, De Backer G, Graham I, Poole-Wilson P, Wood D: Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Task Force of the European Society of Cardiology, European Atherosclerosis Society and European Society of Hypertension. *Suom Laakaril* 1996, 51: 783-802.

34. Ostor E: A coronariabetegség prevenciója a klinikai gyakorlatban. *CARDIOSCAN* 1996, 2: 43-48.
35. Pyorala K, De Backer G, Graham I, Poole-Wilson P, Wood D: Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Task Force of the European Society of Cardiology, European Atherosclerosis Society and European Society of Hypertension. *Ir Coll Phys Surg* 1996, 254: 249-256.
36. Pyorala K, De Backer G, Graham I, Poole-Wilson P, Wood D: Prevenzione della malattia coronarica nella pratica clinica. Raccomandazioni della Task Force costituita da European Society of Cardiology, European Atherosclerosis Society e European Society of Hypertension. *CARDIOLOGIA* 1996, 412: 149-182.
37. Pyorala K, De Backer G, Graham I, Poole-Wilson P, Wood D: Prevenirea Cardiopatie Ischemice in Practica Clinica. *Curier Medical* 1996, 2: 56-59.
38. Pyorala K, De Backer G, Graham I, Poole-Wilson P, Wood D: Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Task Force of the European Society of Cardiology, European Atherosclerosis Society and European Society of Hypertension. *Zdrowe Serce* 1996, 3: 4-20.
39. Pyorala K, De Backer G, Graham I, Poole-Wilson P, Wood D: Recomendacoes na Prevencao Primaria e Secundaria da Doenca das Coronarias. *Sociedade Portuguesa de Cardiologia Aterosclerose e Hipertensao* 1996, 4: 7-40.
40. Pyorala K, De Backer G, Graham I, Poole-Wilson P, Wood D: Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Task Force of the European Society of Cardiology, European Atherosclerosis Society and European Society of Hypertension. *Russ Med Soc Cardiol* 1996, 1-60.
41. Pyorala K, De Backer G, Graham I, Poole-Wilson P, Wood D: Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Task Force of the European Society of Cardiology, European Atherosclerosis Society and European Society of Hypertension. *Noninvas Cardiol* 1996, 52: A3-A9.
42. Pyorala K, De Backer G, Graham I, Poole-Wilson P, Wood D: Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Task Force of the European Society of Cardiology, European Atherosclerosis Society and European Society of Hypertension. *Ukr J Cardiol* 1996, 5: 81-84.
43. Smith SC, Blair SN, Criqui, et al: AHA Medical/Scientific Statement. Preventing Heart Attack and Death in Patients with Coronary Artery Disease. *Circulation* 1995, 92: 2-4.
44. Fuster V, Pearson TA: 27th Bethesda Conference: Matching the Intensity of Risk Factor Management with the Hazard for Coronary artery disease Events. *J Am Coll Cardiol* 1996, 27: 957-1047.
45. EUROASPIRE Study Group: A European Society of Cardiology survey on secondary prevention of coronary artery disease: principal results. European action on Secondary Prevention through intervention to reduce events. *Eur Heart J* 1997, 18: 1569-1592.
45. EUROASPIRE I and II Group: Clinical reality of coronary prevention guidelines: a comparison of EUROASPIRE I and II in nine countries. *Lancet* 2001, 357: 995-1001.
45. EUROASPIRE II Study Group: Lifestyle and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries. *Eur Heart J* 2001, 22: 554-572.
46. Bowker TJ, Clayton TC, Ingham J, et al: A British Cardiac Society survey of the potential for the secondary prevention of coronary artery disease-ASPIRE. *Heart* 1996, 75: 334-342.
47. The Scandinavian Simvastatin Survival Study Group: Randomized trial of Cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Study Group (4S). *Lancet* 1994, 344: 1383-1389.

- 48.** Sacks FM, Pfeffer MA, Moya L, et al: The effect of pravastatin on coronary events after myocardial infarction in patients with average cholesterol levels. *N Engl J Med* 1996, 335: 1001-1009.
- 49.** LIPID Study Group: Design features and baseline characteristics of the LIPID (Long-Term Intervention with Pravastatin in Ischemic Disease) Study: a randomized trial in patients with previous acute myocardial infarction and/or unstable angina pectoris. *Am J Cardiol* 1995, 76: 474-479.
- 50.** Shepherd J, Cobbe SM, Ford I, et al: Prevention of coronary heart disease with pravastatin in men with hypercholesterolemia. *N Engl J Med* 1995, 333: 1301-1307.
- 51.** Downs GR, Clearfield M, Weiss S, Whitney E, Shapiro DR, Beere PA, Langendorfen A, Stein EA, Krayer W, Gotto Jr AM: Primary prevention of acute coronary events with lovastatin in men and women with average cholesterol levels: results of AFCAPS/TEXCAPS. Air Force/Texas Coronary Atherosclerosis Study. *JAMA* 1998, 279: 1615-1622.
- 52.** Grundy SM, Baladit GJ, Criqui MH, et al: When to start cholesterol-lowering therapy in patients with coronary heart disease. *Circulation* 1997, 95: 1683-1685.
- 53.** Grundy SM, Baladit GJ, Criqui MH, et al: Guide to Primary Prevention of Cardiovascular Diseases. *Circulation* 1997, 95: 2329-2331.
- 54.** Pearson T, Rapaport E, Criqui M, et al: Optimal risk factor management in the patient after coronary revascularization. A statement for healthcare professionals from an American Heart Association Writing group. *Circulation* 1994, 90: 3125-3133.
- 55.** Prevention of Coronary artery Disease: Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical report Series 678. Geneva: World Health Organization 1982.
- 56.** Barker DJP: Fetal origins of coronary heart disease. *Br Med J* 1995, 311: 171-174.
- 57.** Cardiovascular disease risk factors: new areas for research. Report of a WHO Scientific Group. WHO technical report Series 841. Geneva: World Health Organization 1994.
- 58.** Anderson KM, Wilson PWF, Odell PM, Kannel WB: An updated coronary risk profile: A statement for health professionals. *Circulation* 1991, 83: 356-36
- 59.** Benetos A: Pulse pressure and cardiovascular risk. *J Hypertens.* 1999, Suppl 5: S21-24.
- 60.** D'Agostino RB, Belanger AY, Kannel WB, Cruickshank JM: Relationship of low diastolic blood pressure to coronary heart disease in the presence of myocardial infarction: the Framingham Study. *Br Med J* 1991, 303: 385-389.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ CARDIO 2000

Αφού ενημερώστε τον ασθενή για τους σκοπούς της μελέτης, το απόρρητο των πληροφοριών που θα σας δώσει και εξασφαλίστε την συγκατάθεση του, συνεχίστε με ακρίβεια στα επόμενα βήματα...

ΚΩΔΙΚΟΣ (ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΕΝΑ 4ΨΗΦΙΟ ΚΩΔΙΚΟ)				
ΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ (ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ)				
ΟΝΟΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ (ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ)				
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ				
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ (ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ)				
Πρώτη εκδήλωση <i>στεφανιαίας νόσου</i> ;	1. <input type="checkbox"/> ΝΑΙ 0. <input type="checkbox"/> ΟΧΙ			
Αν ΟΧΙ, τότε πότε ήταν η προηγούμενη εκδήλωση (έτος) ΟΕΜ ή ΑΣ				
Ώρες που πέρασαν από την έναρξη πόνου μέχρι την εισαγωγή				
ΤΟ ΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΗΜΑ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕ...	1. <input type="checkbox"/> ανάσπαση του ST 2. <input type="checkbox"/> όχι ανάσπαση του ST 3. <input type="checkbox"/> διαταραχές αναπόλωσης			
Τιμές CPK				
Τιμές CPKMB				
Τιμές τροπονίνης I				
Τιμές τροπονίνης T.				
Τιμές LDH				
Λευκά αιμοσφαίρια				
Ουρία				
Κρεατινίνη				

Ουρικό οξύ		
Θρομβόλυση		1. <input type="checkbox"/> ΝΑΙ 0. <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Πρωτογενής αγγειοπλαστική		1. <input type="checkbox"/> ΝΑΙ 0. <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Αγγειοπλαστική διάσωσης		1. <input type="checkbox"/> ΝΑΙ 0. <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ		
Έτος γεννήσεως;		
Φύλο		1. <input type="checkbox"/> Άνδρας 2. <input type="checkbox"/> Γυναίκα
Βάρος (Kg)		
Ύψος (cm)		
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ (ΟΔΟΣ - ΑΡΙΘΜΟΣ)		
ΠΟΛΗ- ΝΟΜΟΣ -Τ.Κ.		
ΤΗΛΕΦΩΝΟ		
Περιφέρεια μόνιμης κατοικίας (για περισσότερα από 5 χρόνια)	1. Εντός πόλεως (αστική) 2. Παρυφές πόλεως (ημιαστική) 3. Αγροτική	
Κύρια εργασία (Δηλώστε όποιο ταιριάζει καλύτερα)	1. <input type="checkbox"/> Δημόσιος υπάλληλος 2. <input type="checkbox"/> Μόνιμος ιδιωτικός υπάλληλος 3. <input type="checkbox"/> Έκτακτος ιδιωτικός υπάλληλος 4. <input type="checkbox"/> Ελεύθερος επαγγελματίας 5. <input type="checkbox"/> Εισοδηματίας 6. <input type="checkbox"/> Συνταξιούχος (πάνω από 1 έτος) 7. <input type="checkbox"/> Άνεργος 88. <input type="checkbox"/> Οικιακά 99. <input type="checkbox"/> ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕ	

Περιγράψτε το είδος της εργασίας σας...	<input type="checkbox"/> Καθιστική <input type="checkbox"/> Μεικτή <input type="checkbox"/> Χειρωνακτική <input type="checkbox"/> ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕ
---	---

Σπουδές Α βάρια Β βάρια Γ βάρια εκπαίδευση

Οικογενειακή κατάσταση	<input type="checkbox"/> Άγαμος <input type="checkbox"/> Έγγαμος <input type="checkbox"/> Διαζευγμένος <input type="checkbox"/> Χήρος	Αριθμός παιδιών
------------------------	--	-----------------

Προσδιορίστε την οικονομική σας κατάσταση	<input type="checkbox"/> Κακή <input type="checkbox"/> Μέτρια <input type="checkbox"/> Καλή <input type="checkbox"/> Πολύ καλή <input type="checkbox"/> ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕ
---	---

ΑΤΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

Συχνότητα / εβδομάδα	<input type="checkbox"/> Καθόλου <input type="checkbox"/> σπάνια <input type="checkbox"/> 1-2 φορές <input type="checkbox"/> >= 3 φορές	Πόσα χρόνια ?
----------------------	--	---------------

Μέση διάρκεια τη φορά (σε λεπτά)	
----------------------------------	--

Πως θα χαρακτηρίζατε την σωματική σας άσκηση	Ελαφρά (αργό βάδισμα, ψάρεμα, χαλαρές εκτάσεις κλπ.)	Μέτρια (ελαφρύ τρέξιμο, κολύμπι, ελαφρά Αεροβική γυμναστική κλπ.)	Έντονη (τρέξιμο, βάρη, ομαδικά σπορ, κολύμπι, γρήγορη ποδηλασία κλπ.)
--	---	--	--

Ένταση	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
--------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----

ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Κάπνισμα (τόρα)	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
-----------------	---

Κάπνισμα (στο παρελθόν)	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
-------------------------	---

<i>Πόσα έτη συνολικά</i>	
<i>Μέσος αριθμός τσιγάρων / ημέρα</i>	
<i>Πόσα έτη έχετε διακόψει το κάπνισμα;</i>	
<i>Ποιο είδος καπνού προτιμάστε (συστηματικά)</i>	1. <input type="checkbox"/> Ελαφρά τσιγάρα 2. <input type="checkbox"/> Καπνός 3. <input type="checkbox"/> Τσιγάρα με υψηλή περιεκτικότητα ή άφιλτρα
<i>Καπνίζατε στο παρελθόν τσιγάρο και τώρα πούρο ή πίπα;</i>	1. <input type="checkbox"/> ΝΑΙ 0. <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
<i>Καπνίζετε στο χώρο εργασίας σας;</i>	1. <input type="checkbox"/> ΝΑΙ 0. <input type="checkbox"/> ΟΧΙ

<i>Καπνίζετε στο σπίτι σας,</i>	1. <input type="checkbox"/> ΝΑΙ 0. <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
<i>Καπνίζετε μπροστά στα παιδιά σας;</i>	1. <input type="checkbox"/> ΝΑΙ 0. <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
<i>Καπνίζουν άλλα άτομα στο χώρο εργασίας σας για περισσότερο από 30 λεπτά την ημέρα</i>	1 <input type="checkbox"/> ΝΑΙ 0. <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
<i>Καπνίζουν άλλα άτομα του περιβάλλοντος σας για περισσότερο από 30 λεπτά την ημέρα;</i>	Σύντροφος <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ Γονείς <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ Παιδιά <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ Συγκάτοικοι <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ

Πόσα έτη εκτίθεστε σε παθητικό κάπνισμα; \

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ

<i>Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε:</i>	<i>Κρέας</i>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-5 <input type="checkbox"/> 5+
	<i>Ψαρί</i>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-5 <input type="checkbox"/> 5+
	<i>Όσπρια</i>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-5 <input type="checkbox"/> 5+

	<i>Χορταρικά</i>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-5 <input type="checkbox"/> 5+		
	<i>Λαχανικά</i>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-5 <input type="checkbox"/> 5+		
	<i>Κοτόπουλο</i>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-5 <input type="checkbox"/> 5+		
	<i>Ζυμαρικά</i>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-5 <input type="checkbox"/> 5+		
	<i>Σαλάτες</i>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-5 <input type="checkbox"/> 5+		
	<i>Γλυκά</i>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-5 <input type="checkbox"/> 5+		
Προσδιορίστε το συνηθισμένο μέγεθος μερίδας φαγητού σε σύγκριση με αυτή του εστιατορίου		1. Μικρότερη	2. Ίδια	3. Μεγαλύτερη
Πόσα φρούτα τρώτε ημερησίως; (π.χ.) ένα μήλο = 1. μερικά κεράσια = 1. Κ.Ο.				
Πίνετε αναψυκτικά ...		Coca-cola <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ Sprite <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ Ανθρακούχοι χυμοί <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ Χωρίς ζάχαρη; <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ		
Πόσα ποτήρια αναψυκτικού την ημέρα (250ml)				
Πόσα φορές τρώτε έτοιμο φαγητό την εβδομάδα, είτε ως πρόγευμα, είτε ως γεύμα ή ως δείπνο (π.χ. από fast food)				
Καταναλώνετε στο καθημερινό φαγητό σας...		<i>Ελαιόλαδο</i>	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
		<i>Σπορέλαιο</i>	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
		<i>Βούτυρο</i>	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
		<i>Μαργαρίνη</i>	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	

Το γάλα ή το γιαούρτι προτιμάτε να είναι:	1. <input type="checkbox"/> Πλήρες 2. <input type="checkbox"/> Χαμηλά λιπαρά 3. <input type="checkbox"/> Χωρίς λιπαρά
Το τυρί που προτιμάτε είναι:	Άσπρο: <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ Κίτρινο: <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ

	Χαμηλά λιπαρά: <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ				
Τρώτε ψωμί:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ				
Αν απαντήσατε ΝΑΙ στο προηγούμενο ερώτημα τότε...:	Λευκό <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ Ολικής αλέσεως <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ				
Πίνετε συστηματικά οινοπνευματώδη ποτά;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ				
Είδος ποτού που πίνεται συνήθως	1. <input type="checkbox"/> Μπύρα 2. <input type="checkbox"/> Κρασί λευκό 3. <input type="checkbox"/> Κρασί κόκκινο 4. <input type="checkbox"/> Whisky 5. <input type="checkbox"/> Άλλο				
Αν πίνετε οινοπνευματώδη ποτά, σε τι ποσότητα <u>ημερησίως</u> :	<input type="checkbox"/> 0-1 ποτήρια κρασί (100 ml ή 12 αιθανόλης) <input type="checkbox"/> 1-2 ποτήρια κρασί <input type="checkbox"/> 3-4 ποτήρια κρασί <input type="checkbox"/> > 4 ποτήρια κρασί				
Πίνετε καθημερινά καφέ:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ				
Τύπος καφέ που πίνετε συνήθως:	1. <input type="checkbox"/> Ελληνικός 2. <input type="checkbox"/> Νες/cappuccino 3. <input type="checkbox"/> Φίλτρου				
Αν απαντήσατε ΝΑΙ, τότε πόσα φλιτζάνια πίνετε την ημέρα;	1. <input type="checkbox"/> 0-1(60 gr καφεΐνης) 2. <input type="checkbox"/> 1-2 3. <input type="checkbox"/> 3-5 4. <input type="checkbox"/> 5+				
Πίνετε <i>καθημερινά</i> τσάι:	1. <input type="checkbox"/> ΝΑΙ 0. <input type="checkbox"/> ΟΧΙ				
Αν απαντήσατε ΝΑΙ, τότε πόσα φλιτζάνια πίνετε την ημέρα:	1. <input type="checkbox"/> 0-1(60 gr καφεΐνης) 2. <input type="checkbox"/> 1-2 3. <input type="checkbox"/> 3-5 4. <input type="checkbox"/> 5+				
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ					
Επιλέξτε μια απάντηση που σας εκπροσωπεί καλύτερα (90 ημέρες). Πόσες- ημέρες...	0-5 ημέρες	5-15 ημέρες	15-45 ημέρες	45-60 ημέρες	>6 0 ημ έρ

					ες
ΔΕΝ είσαστε ικανοποιημένος από τους ρυθμούς της ζωής σας	0	1	2	3	4
Δυσκολεύεστε να κοιμηθείτε το βράδυ	0	1	2	3	4
Νοιώθετε να επωμίζεστε περισσότερες ευθύνες από όσες μπορείτε	0	1	2	3	4
Αισθάνεστε τους γύρω σας να σας εκτιμούν και να σας σέβονται	4	3	2	1	0
Ήσασταν ικανοποιημένος από τις κοινωνικές σας συναναστροφές	4	3	2	1	0
Ήσασταν ικανοποιημένος από τις επιδόσεις στη δουλειά σας	4	3	2	1	0
Αισθανόσασταν ελευθερία στην εργασία σας	4	3	2	1	0
Αισθανόσασταν η εργασία σας να διεισδύει στη προσωπική σας ζωή	0	1	2	3	4
Είχατε οικονομική ασφάλεια και σιγουριά από τη δουλειά σας	4	3	2	1	0
Η αμοιβή σας ήταν ικανοποιητική για την εργασία σας	4	3	2	1	0
Είχατε αρκετό χρόνο για τον εαυτό σας	4	3	2	1	0
Θα χαρακτηρίζατε την επικοινωνία με το σύντροφο σας ικανοποιητική	4	3	2	1	0
Πιέξεστε στη σχέση σας	0	1	2	3	4
Μπορούσατε να στηρίζεστε στην οικογένεια σας για κάποιο σας πρόβλημα	4	3	2	1	0
Το οικογενειακό σας περιβάλλον σας επηρέαζε στη λήψη αποφάσεων	0	1	2	3	4
ΚΛΙΝΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ - ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ					
<i>Υπάρχει οικογενειακό ιστορικό πρώιμης στεφανιαίας νόσου;</i>		1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0.ΟΧΙ <input type="checkbox"/>			
		<i>Αν ναι τότε προχωρήστε στην επόμενη</i>			

	<i>ερώτηση</i>	
<i>Πατέρας</i>	1. NAI <input type="checkbox"/> 0. OXI <input type="checkbox"/>	
<i>Μητέρα</i>	1. NAI <input type="checkbox"/> 0. OXI <input type="checkbox"/>	
<i>Αδελφοί:</i>	1. NAI <input type="checkbox"/> 0. OXI <input type="checkbox"/>	
<i>Αδελφή</i>	1. NAI <input type="checkbox"/> 0. OXI <input type="checkbox"/>	
<i>Άλλος συγγενής...</i>		
<i>Έχετε υπέρταση;</i> <input type="checkbox"/> NAI <input type="checkbox"/> OXI		
<i>Αν απαντήσατε ΝΑΙ στο προηγούμενο ερώτημα τότε ακολουθείτε:</i>		<i>Δίαιτα:</i> <input type="checkbox"/> NAI <input type="checkbox"/> OXI <i>Φάρμακα:</i> <input type="checkbox"/> NAI <input type="checkbox"/> OXI
<i>Αρτηριακή Πίεση (τιμές εισαγωγής)</i>		
<i>Πόσα έτη έχετε γνώση για αυξημένες τιμές ΑΠ</i>		
<i>Φάρμακα</i>		
<i>Έχετε οικογενειακό ιστορικό υπέρτασης:</i>		1. <input type="checkbox"/> NAI 0. <input type="checkbox"/> OXI
<i>Πατέρας</i>	1. <input type="checkbox"/> NAI 0. <input type="checkbox"/> OXI	
<i>Μητέρα</i>	1. <input type="checkbox"/> NAI 0. <input type="checkbox"/> OXI	
<i>Αδελφός</i>	1. <input type="checkbox"/> NAI 0. <input type="checkbox"/> OXI	
<i>Αδελφή</i>	1. <input type="checkbox"/> NAI 0. <input type="checkbox"/> OXI	
<i>Άλλος συγγενής...</i>		
<i>Έχετε αυξημένες τιμές ολικής χοληστερόλης (TC > 220 mg/dl);</i>		<input type="checkbox"/> NAI <input type="checkbox"/> OXI
<i>Οικογενειακό ιστορικό υπερχοληστερολαιμίας;</i>		<input type="checkbox"/> NAI <input type="checkbox"/> OXI
<i>Πατέρας</i>	1. <input type="checkbox"/> NAI 0. <input type="checkbox"/> OXI	
<i>Μητέρα</i>	1. <input type="checkbox"/> NAI 0. <input type="checkbox"/> OXI	
<i>Αδελφός</i>	1. <input type="checkbox"/> NAI 0. <input type="checkbox"/> OXI	
<i>Αδελφή</i>	1. <input type="checkbox"/> NAI 0. <input type="checkbox"/> OXI	
<i>Άλλος συγγενής...</i>		

Έχετε παθολογικές τιμές τριγλυκεριδίων (150 mg/dl);		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Τιμές
Αν έχετε πρόβλημα με τη χοληστερόλη ή τα τριγλυκερίδια σας, τότε τι αγωγή ακολουθείτε:		Δίαιτα; <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ Δισκία; <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ Ινσουλίνη; <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
Είδος φαρμάκων...			
Έχετε σάκχαρο;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Τιμές	
Αν απαντήσατε ΝΑΙ στο προηγούμενο ερώτημα τότε ακολουθείτε:		Δίαιτα; <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ Δισκία; <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ Ινσουλίνη; <input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
Έχετε οικογενειακό ιστορικό σακχάρου;		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
Αν απαντήσατε στην προηγούμενη ερώτηση ΝΑΙ, αυτό έχει επηρεάσει τη συμπεριφορά σας (διατροφή, κάπνισμα...)		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
Πατέρας	1. <input type="checkbox"/> ΝΑΙ 0. <input type="checkbox"/> ΟΧΙ		
Μητέρα	1. <input type="checkbox"/> ΝΑΙ 0. <input type="checkbox"/> ΟΧΙ		
Αδελφός	1. <input type="checkbox"/> ΝΑΙ 0. <input type="checkbox"/> ΟΧΙ		
Αδελφή	1. <input type="checkbox"/> ΝΑΙ 0. <input type="checkbox"/> ΟΧΙ		
Άλλου συγγενής...			
Έχετε κάνει χρήση ορμονών (π.χ. αντισυλληπτικών);		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
Αν απαντήσατε ΝΑΙ. τότε για πόσα χρόνια;			
Έχετε πρόβλημα νεφρικής ανεπάρκειας;		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
Αν απαντήσατε ΝΑΙ. τότε για πόσα χρόνια;			
ΜΕΓΙΣΤΕΣ ΤΙΜΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ			
Τιμές CPK			

Τιμές CPKMB	
Τιμές τροπονίνης I	
Τιμές τροπονίνης T.	
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΟΔΟΥ	
ΘΑΝΑΤΟΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	1. <input type="checkbox"/> ΝΑΙ 0. <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΞΟΔΟΥ (ΗΗ/ΜΜ/ΕΕΕΕ)	
Ποια η μορφή της νόσου	1. <input type="checkbox"/> Ασταθής στηθάγχη 2. <input type="checkbox"/> Έμφραγμα μυοκαρδίου (non-Q-wave) 3. <input type="checkbox"/> Έμφραγμα μυοκαρδίου (Q-wave)
ΡΗΞΗ ΘΗΛΟΕΙΔΟΥΣ ΜΥΟΣ / ΤΕΝΟΝΤΙΑΣ ΧΟΡΔΗΣ	1. <input type="checkbox"/> ΝΑΙ 0. <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
ΡΗΞΗ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ / ΜΕΣΟΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΣ	1. <input type="checkbox"/> ΝΑΙ 0. <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
ΣΥΝΕΣΤΗΘΗ ΣΤΕΦΑΝΙΟΓΡΑΦΙΑ	1. <input type="checkbox"/> ΝΑΙ 0. <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
ΑΜΕΣΗ ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΣΕ Κ-Χ ΜΟΝΑΔΑ	1. <input type="checkbox"/> ΝΑΙ 0. <input type="checkbox"/> ΟΧΙ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ2: ΑΠΟΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ

Οι μεταβλητές έχουν γίνει τώρα, κατά σειρά, ως εξής:

id		Ordinal
cardasth	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ	Nominal
protek	1 ^Η ΕΚΔΗΛΩΣΗ	Nominal
ageek	ΗΛΙΚΙΑ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ	Scale
hours	ΩΡΕΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΟΝΟ ΜΕΧΡΙ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	Scale
cgparous	ΤΟ ΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΗΜΑ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕ	Nominal
cpk	ΤΙΜΕΣ CPK	Scale
cpkmb	ΤΙΜΕΣ CPKMB	Scale
tropon	ΤΙΜΕΣ ΤΡΟΠΟΝΙΝΗΣ Ι	Scale
ldh	ΤΙΜΕΣ LDH	Scale
leyka	ΛΕΥΚΑ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΑ	Scale
oyria	ΟΥΡΙΑ	Scale
kreat	ΚΡΕΑΤΙΝΙΝΗ	Scale
oyroxy	ΟΥΡΙΚΟ ΟΞΥ	Scale
thromb	ΘΡΟΜΒΟΛΥΣΗ	Nominal
ptotagg	ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ	Nominal
aggdias	ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΣΩΣΗΣ	Nominal
age	ΗΛΙΚΙΑ	Scale
fylo	ΦΥΛΟ	Nominal
baros	ΒΑΡΟΣ	Scale
ypsos	ΥΨΟΣ	Scale
katoik	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	Nominal

kyrerg	ΚΥΡΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑ	Nominal
eiderg	ΕΙΔΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	Nominal
spoyd	ΣΠΟΥΔΕΣ	Ordinal
oikogkat	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	Nominal
paidia	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ	Ordinal
oikonkat	ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	Ordinal
syxnebd	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ	Ordinal
meshdiar	ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ	Scale
somask	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ	Ordinal
entas	ΕΝΤΑΣΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ	Ordinal
kapnt	ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΤΩΡΑ	Nominal
kapnp	ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ	Nominal
eti	ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΕΤΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	Scale
tsighm	ΜΕΣΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΣΙΓΑΡΩΝ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ	Scale
etidiak	ΕΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	Scale
eidkapn	ΕΙΔΟΣ ΚΑΠΝΟΥ ΠΟΥ ΠΡΟΤΙΜΑΤΑΙ (ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΑ)	Nominal
kapnptsig	ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ ΤΣΙΓΑΡΟΥ ΚΑΙ ΤΩΡΑ ΠΟΥΡΟ Η ΠΙΠΑ	Nominal
kapnerg	ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	Nominal
kapnspit	ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ	Nominal
kapnpaid	ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΜΠΡΟΣΤΑ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ	Nominal
kapnalerg	ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΑΤΟΜΩΝ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ(ΠΑΝΩ ΑΠΟ 30'/ΗΜΕΡΑ)	Nominal
kapnper	ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΑΛΛΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΤΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ	Nominal
etpath	ΕΤΗ ΕΚΘΕΣΗΣ ΣΤΟ ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ	Scale
kreas	ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΤΡΩΤΕ ΚΡΕΑΣ	Ordinal

psari	ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΤΡΩΤΕ ΨΑΡΙ	Ordinal
ospria	ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΤΡΩΤΕ ΟΣΠΡΙΑ	Ordinal
xort	ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΤΡΩΤΕ ΧΟΡΤΑΡΙΚΑ	Ordinal
lax	ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΤΡΩΤΕ ΛΑΧΑΝΙΚΑ	Ordinal
kot	ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΤΡΩΤΕ ΚΟΤΟΠΟΥΛΟ	Ordinal
zymar	ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΤΡΩΤΕ ΖΥΜΑΡΙΚΑ	Ordinal
sal	ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΤΡΩΤΕ ΣΑΛΑΤΕΣ	Ordinal
glyka	ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΤΡΩΤΕ ΓΛΥΚΑ	Ordinal
merida	ΜΕΓΕΘΟΣ ΤΗΣ ΜΕΡΙΔΑΣ ΦΑΓΗΤΟΥ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΥ ΕΣΤΙΑΤΟΡΙΟΥ	Nominal
froyta	ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΦΡΟΥΤΩΝ ΗΜΕΡΙΣΙΩΣ	Ordinal
anapsik	ΑΝΑΨΥΚΤΙΚΑ	Nominal
xoriszax	ΑΝΑΨΥΚΤΙΚΑ ΧΩΡΙΣ ΖΑΧΑΡΗ	Nominal
potirmer	ΠΟΤΗΡΙΑ ΑΝΑΨΥΚΤΙΚΟΥ ΗΜΕΡΗΣΙΩΣ	Ordinal
etfag	ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΤΡΩΤΕ ΕΟΙΜΟ ΦΑΓΗΤΟ	Ordinal
elaiol	ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΕΛΑΙΟΛΑΔΟΥ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	Nominal
sporel	ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΣΠΟΡΕΛΑΙΟΥ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	Nominal
boyt	ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΒΟΥΤΥΡΟΥ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	Nominal
marg	ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΜΑΡΓΑΡΙΝΗΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	Nominal
galgiaou	ΠΡΟΤΙΜΗΣΗ ΣΤΟ ΓΑΛΑ Η ΤΟ ΓΙΑΟΥΡΤΙ	Nominal
tyriasp	ΑΣΠΡΟ ΤΥΡΙ	Nominal
tyrikit	ΚΙΤΡΙΝΟ ΤΥΡΙ	Nominal
tyrixl	ΤΥΡΙ ΜΕ ΧΑΜΗΛΑ ΛΙΠΑΡΑ	Nominal
psomi	ΨΩΜΙ	Nominal

leyko	ΛΕΥΚΟ ΨΩΜΙ	Nominal
olik	ΨΩΜΙ ΟΛΙΚΗΣ ΑΛΕΞΕΩΣ	Nominal
pota	ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΩΔΗ ΠΟΤΑ	Nominal
eidpot	ΕΙΔΟΣ ΠΟΤΟΥ	Nominal
potmer	ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΠΟΤΩΝ ΗΜΕΡΙΣΙΩΣ	Ordinal
kafe	ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΚΑΦΕ	Nominal
typkafe	ΤΥΠΟΣ ΚΑΦΕ	Nominal
flitzkafe	ΦΛΥΤΖΑΝΙΑ/ΗΜΕΡΑ	Ordinal
tsai	ΤΣΑΙ	Nominal
flitztsai	ΦΛΥΤΖΑΝΙΑ/ΗΜΕΡΑ	Ordinal
psyxaks	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	Scale
istorstef	ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ	Nominal
pater	ΠΑΤΕΡΑΣ ΜΕ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ	Nominal
mhter	ΜΗΤΕΡΑ ΜΕ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ	Nominal
adelfos	ΑΔΕΛΦΟΣ ΜΕ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ	Nominal
adelfi	ΑΔΕΛΦΗ ΜΕ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ	Nominal
alsygg	ΑΛΛΟΙ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ	Nominal
ypert	ΥΠΕΡΤΑΣΗ	Nominal
diait	ΔΙΑΙΤΑ ΓΙΑ ΥΠΕΡΤΑΣΗ	Nominal
farm	ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙΑ ΥΠΕΡΤΑΣΗ	Nominal
artpiesh1	ΤΙΜΕΣ ΣΥΣΤΟΛΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ	Scale
artpiesh2	ΤΙΜΕΣ ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ	Scale
etiap	ΕΤΗ ΓΝΩΣΤΗΣ ΑΥΞΗΜΕΝΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ	Scale
istoryper	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ	Nominal
pat	ΠΑΤΕΡΑΣ ΜΕ ΥΠΕΡΤΑΣΗ	Nominal
mht	ΜΗΤΕΡΑ ΜΕ ΥΠΕΡΤΑΣΗ	Nominal

adeos	ΑΔΕΛΦΟΣ ΜΕ ΥΠΕΡΤΑΣΗ	Nominal
adei	ΑΔΕΛΦΗ ΜΕ ΥΠΕΡΤΑΣΗ	Nominal
alsyg	ΑΛΛΟΙ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΠΕΡΤΑΣΗ	Nominal
olikxol	ΑΥΞΗΜΕΝΕΣ ΤΙΜΕΣ ΟΛΙΚΗΣ ΧΟΛΙΣΤΕΡΟΛΗΣ	Nominal
istypxol	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΥΠΕΡΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΑΙΜΙΑΣ	Nominal
pa	ΠΑΤΕΡΑΣ ΜΕ ΧΟΛΙΣΤΕΡΙΝΗ	Nominal
mh	ΜΗΤΕΡΑ ΜΕ ΧΟΛΙΣΤΕΡΙΝΗ	Nominal
ados	ΑΔΕΛΦΟΣ ΜΕ ΧΟΛΙΣΤΕΡΙΝΗ	Nominal
adi	ΑΔΕΛΦΗ ΜΕ ΧΟΛΙΣΤΕΡΙΝΗ	Nominal
als	ΑΛΛΟΙ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΟΛΙΣΤΕΡΙΝΗ	Nominal
pathtrigl	ΥΠΑΡΞΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΩΝ ΤΙΜΩΝ ΤΡΙΓΛΥΚΕΡΙΔΙΩΝ	Nominal
timestrig	ΤΙΜΕΣ ΤΡΙΓΛΥΚΕΡΙΔΙΩΝ	Scale
diaita	ΔΙΑΙΤΑ	Nominal
diskia	ΔΙΣΚΙΑ	Nominal
insoyl	ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ	Nominal
sakx	ΥΠΑΡΞΗ ΣΑΚΧΑΡΟΥ	Nominal
diai	ΔΙΑΙΤΑ	Nominal
disk	ΔΙΣΚΙΑ	Nominal
ins	ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ	Nominal
istorsakx	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΣΑΚΧΑΡΟΥ	Nominal
symper	ΕΧΕΙ ΕΠΗΡΕΑΣΕΙ ΤΟ ΣΑΚΧΑΡΟ ΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΣΑΣ	Nominal
spat	ΠΑΤΕΡΑΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΟ	Nominal
smht	ΜΗΤΕΡΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΟ	Nominal
sadelfos	ΑΔΕΛΦΟΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΟ	Nominal
sadelfh	ΑΔΕΛΦΗ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΟ	Nominal

salsygg	ΑΛΛΟΙ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΟ	Nominal
ormon	ΧΡΗΣΗ ΟΡΜΟΝΩΝ	Nominal
xronorm	ΧΡΟΝΙΑ ΧΡΗΣΗΣ ΟΡΜΟΝΩΝ	Scale
nefranep	ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΑΠΑΡΚΕΙΑΣ	Nominal
xronefan	ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΑΠΑΡΚΕΙΑΣ	Scale
cpkmeg	ΜΕΓΙΣΤΕΣ ΤΙΜΕΣ CPK	Scale
cpkmbm	ΜΕΓΙΣΤΕΣ ΤΙΜΕΣ CPKMB	Scale
tropmeg	ΜΕΓΙΣΤΕΣ ΤΙΜΕΣ ΤΡΟΠΟΝΙΝΗΣ Ι	Scale
morfnos	ΜΟΡΦΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	Nominal
rikthyl	ΡΗΞΗ ΘΗΛΟΕΙΔΟΥΣ ΜΥΟΣ/ΤΕΝΟΝΤΙΑΣ ΧΟΡΔΗΣ	Nominal
rikeltoix	ΡΗΞΗ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ/ΜΕΣΟΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟ	Nominal
stefan	ΣΥΝΕΣΤΗΘΗ ΣΤΕΦΑΝΙΟΓΡΑΦΙΑ	Nominal
metmon	ΑΜΕΣΗ ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΣΕ Κ-Χ ΜΟΝΑΔΑ	Nominal

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3. ΑΔΕΙΑ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΓΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ