

Α.Τ.Ε.Ι ΚΡΗΤΗΣ



**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: «Εκτίμηση του κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου στον αγροτικό και αστικό πληθυσμό του Ν. Ηρακλείου και διερεύνηση της στάσης τους απέναντι στους προδιαθεσικούς παράγοντες»



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

**ΔΑΓΑΛΑΚΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ
ΠΑΧΥΛΑΚΗ ΜΑΡΙΑ
ΠΕΤΡΑΚΗ ΜΑΡΙΝΑ**

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

ΖΩΓΡΑΦΑΚΗΣ - ΣΦΑΚΙΑΝΑΚΗΣ ΜΙΧΑΛΗΣ

ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2009

ΑΦΙΕΡΩΣΗ

Η συγκεκριμένη πτυχιακή εργασία ξεκίνησε στο Ηράκλειο Κρήτης τον Ιούλιο του 2008 και τελείωσε το Σεπτέμβριο του 2009. Η αλήθεια είναι ότι η υλοποίησή της ήταν μετ' εμποδίων για όλους όσους συνέβαλαν και οφείλουμε μέσα από αυτό το κείμενο να τους ευχαριστήσουμε.

Ήταν τιμή για μας να βρισκόμαστε υπό την επίβλεψη του καθηγητή κ. Ζωγραφάκη Μιχαήλ, ο οποίος μας καθοδηγούσε με συνέπεια, υπομονή και είχε πάντα όλη την καλή διάθεση, αντιμετωπίζοντας κάθε πρόβλημα και εμπόδιο με ψυχραιμία και προτείνοντας λύσεις.

Επίσης ευχαριστούμε θερμά τον κ. Γιαχνάκη Εμμανουήλ που επιμελήθηκε το στατιστική ανάλυση της εργασίας μας, καθώς και τον κ. Πλαϊτή Εμμανουήλ.

Χωρίς την πολύτιμη βοήθεια τους το αποτέλεσμα δεν θα ήταν το ίδιο σίγουρα.

Τέλος, αισθανόμαστε υπερήφανες και ευχαριστούμε θερμά τις οικογένειες μας που ήταν, είναι και ευχόμαστε να είναι όλοι τους μαζί μας σε κάθε προσπάθεια.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τα νοσήματα της καρδιάς και των αγγείων αποτελούν στην εποχή μας την πρώτη αιτία θανάτου τουλάχιστον στις αναπτυγμένες χώρες. Και με δεδομένο ότι πλέον τα καρδιακά νοσήματα χτυπούν όλο και νεότερους σε ηλικία ανθρώπους, οι γιατροί μας προειδοποιούν να αλλάξουμε τρόπους ζωής.

Σήμερα όλοι συμφωνούν ότι η καλύτερη θεραπεία της στεφανιαίας νόσου είναι η πρόληψή της μέσω της κατανόησης του ρόλου και φυσικά του ελέγχου των προδιαθεσικών παραγόντων, εκείνων δηλαδή των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών που η παρουσία τους προμηνύει την εμφάνιση αλλά και την εξέλιξη της νόσου. Η διακοπή του καπνίσματος, η υγιεινή διατροφή με σκοπό την διατήρηση της χοληστερόλης σε φυσιολογικά επίπεδα, η σωματική άσκηση, καθώς και ο έλεγχος της αρτηριακής πίεσης έχουν ως αποτέλεσμα την ελάττωση της συχνότητας εμφάνισης της νόσου, φαινόμενο που παρατηρήθηκε σε μερικές χώρες, όπου τα προγράμματα πρόληψης έτυχαν γενικής αποδοχής και εφαρμογής.

Ένας άλλος λόγος που καθιστά επιτακτική την ανάγκη πρόληψης της στεφανιαίας νόσου είναι ότι η αντιμετώπισή της, αφού εκδηλωθεί, είναι επώδυνη, πολυδάπανη και πολλές φορές δυστυχώς χωρίς αποτέλεσμα. Αυτό συμβαίνει γιατί οι επεμβατικές πράξεις, όπως είναι η εγχείρηση και η αγγειοπλαστική, δεν θεραπεύουν, αλλά απλώς τροποποιούν την εξέλιξη της νόσου.

Σκοπός αυτής της εργασίας λοιπόν είναι να περιγράψει με απλό τρόπο τις σημερινές απόψεις και τάσεις σχετικά με την πρόληψη και την αντιμετώπιση της στεφανιαίας νόσου.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
ΕΝΟΤΗΤΑ Α – ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο : Στεφανιαία νόσος.....	8
.....
1.1 Ορισμός Στεφανιαίας νόσου	8
1.2 Παθοφυσιολογία	9
1.3 Εκδηλώσεις Στεφανιαίας νόσου.....	11
1.3.1. Η περίοδος χωρίς συμπτώματα.....	12
1.3.2. Η σταθερή στηθάγχη	12
1.3.3. Η ασταθής στηθάγχη	12
1.3.4. Ο αιφνίδιος καρδιακός θάνατος	13
1.3.5. Το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου.....	13
1.3.5.α. Κλινική εικόνα Ο.Ε.Μ.....	13
1.3.5.β. Θεραπεία Ο.Ε.Μ.....	14
1.3.5.γ. Ενδονοσοκομειακή πορεία ασθενών με Ο.Ε.Μ.....	15
1.4. Επιδημιολογία της στεφανιαίας νόσου.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο : Προδιαθεσικοί παράγοντες Σ.Ν	
2.1 Ορισμός.....	25
2.2 Μη τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου.....	25
2.2.1. Ηλικία.....	25
2.2.2. Φύλο.....	25
2.2.3. Οικογενειακό ιστορικό.....	25
2.3 Τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου	26
2.3.1. Υπερλιπιδαιμία	26
2.3.2. Κάπνισμα.....	27
2.3.3. Αρτηριακή Υπέρταση	28
2.3.4. Σακχαρώδης Διαβήτης.....	30
2.3.5. Παχυσαρκία	32
2.3.6. Απουσία σωματικής άσκησης.....	32
2.3.7. Άγχος.....	33
2.3.8. Χρήση αντισυλληπτικών φαρμάκων	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο : Πρόληψη Στεφανιαίας νόσου	
3.1. Πρωτογενής πρόληψη.....	36
3.2. Δευτερογενής πρόληψη.....	37
3.3. Τριτογενής πρόληψη	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο : Αντιμετώπιση της στεφανιαίας νόσου	
4.1 Φαρμακευτική αντιμετώπιση.....	42
4.2 Στεφανιαία αγγειοπλαστική – διαδερμική (PTCA).....	42

4.3 Χειρουργική αντιμετώπιση – αορτοστεφανιαία παράκαμψη 42

ΕΝΟΤΗΤΑ Β΄ – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: Μέθοδος και υλικό

5.1. Σχεδιασμός μελέτης.....	46
5.2. Σπουδαιότητα θέματος	46
5.3. Σκοπός	47
5.4. Ερευνητικά ερωτήματα	47
5.5. Χρόνος και τόπος διεξαγωγής μελέτης	47
5.6. Επιλογή δείγματος – Μέθοδος συλλογής δεδομένων	47
5.7. Ερευνητικό εργαλείο	48
5.8. Δεοντολογία έρευνας	48
5.9. Πιλοτική εφαρμογή	48
5.10. Στατιστική ανάλυση.....	49

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο: Αποτελέσματα..... 51

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο: Συζήτηση – Συμπεράσματα

7.1. Συζήτηση	65
7.2. Συμπεράσματα	67
7.3. Προτάσεις	67

Βιβλιογραφία..... 68

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

- Ερωτηματολόγιο..... 71
- Κωδικοποίηση ερωτηματολογίου 74 |

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

- Πίνακες..... 78

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ

- Απόφαση Επιστημονικού Συμβουλίου του νοσοκομείου «Βενιζέλειο-Πανάνειο»..... 81
- Απόφαση Επιστημονικού Συμβουλίου του νοσοκομείου «ΠΑΓΝΗ» 82 |

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εργασία αυτή αποτελεί εκτεταμένη αναφορά στους προδιαθεσικούς παράγοντες της στεφανιαίας νόσου και διερεύνηση της στάσης του πληθυσμού του Ν. Ηρακλείου απέναντι σε αυτούς.

Η πρώτη ενότητα περιέχει το γενικό μέρος που αποτελείται από τέσσερα κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στη στεφανιαία νόσο, στην παθοφυσιολογία, στις εκδηλώσεις καθώς και στην επιδημιολογία της. Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζονται αναλυτικά οι τροποποιήσιμοι και οι μη τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου της στεφανιαίας νόσου. Στο τρίτο κεφάλαιο δίνεται έμφαση στο σημαντικό ρόλο της πρόληψης σχετικά με την στεφανιαία νόσο και ιδιαίτερα της πρωτογενούς, αλλά και της δευτερογενούς και τριτογενούς. Το τέταρτο και τελευταίο κεφάλαιο του θεωρητικού πλαισίου της εργασίας μας περιλαμβάνει την αντιμετώπιση της στεφανιαίας νόσου, όπως φαρμακευτική, στεφανιαία αγγειοπλαστική και χειρουργική αντιμετώπιση.

Στη δεύτερη ενότητα παρουσιάζεται το ειδικό - ερευνητικό πλαίσιο της εργασίας και αναπτύσσονται συγκεκριμένες ενότητες, όπως ο σκοπός της έρευνας, η μεθοδολογία, τα αποτελέσματα καθώς επίσης τα συμπεράσματα και τις προτάσεις για περαιτέρω έρευνα.

Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι οι κάτοικοι των αστικών περιοχών γνωρίζουν καλύτερα τους προδιαθεσικούς παράγοντες που προκαλούν στεφανιαία νόσο αντίθετα με τους κατοίκους των αγροτικών περιοχών και αυτό ίσως οφείλεται στο χαμηλό επίπεδο μόρφωσης που έχουν οι κάτοικοι της υπαίθρου.

Οι αστοί συμμορφώνονται καλύτερα και ακολουθούν ένα πιο υγιεινό τρόπο ζωής από ότι οι αγρότες.

Λέξεις- κλειδιά:

Στεφανιαία νόσος, προδιαθεσικοί παράγοντες, πρόληψη, αστικός, αγροτικός

Key-words

CAD. Risk factors, prevention, urban population, rural population

ΕΝΟΤΗΤΑ Α - ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1
Στεφανιαία νόσος



ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ

Τα νοσήματα της καρδιάς και των αγγείων αποτελούν στην εποχή μας την πρώτη αιτία θανάτου, τουλάχιστον στις ανεπτυγμένες χώρες. Υπολογίζεται ότι το 30-40% όλων των θανάτων οφείλεται στα καρδιαγγειακά νοσήματα. Στην Ελλάδα 30.000 περίπου άτομα το χρόνο πεθαίνουν αιφνίδια από καρδιαγγειακές νόσους, ενώ χιλιάδες άλλα αναγκάζονται να περιορίσουν σημαντικά τις καθημερινές τους δραστηριότητες, ή να συνταξιοδοτηθούν. Είναι επομένως κατανοητό πόσο σοβαρές είναι οι κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις της στεφανιαίας νόσου, αλλά και πόσο επιτακτική η συνειδητοποίηση των συνεπειών της από όλους μας.[1].

1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ

Η στεφανιαία νόσος (ή στεφανιαία ανεπάρκεια) περιλαμβάνει όλες εκείνες τις κλινικές καταστάσεις που οφείλονται στην αρτηριοσκλήρυνση των στεφανιαίων αρτηριών, δηλαδή στην προοδευτική συνάθροιση λιπιδίων και άλλων στοιχείων στο αγγειακό τοίχωμα, που έχει ως συνέπεια τη στένωση του αγγείου (Εικόνα 1).



Εικόνα 1: Στένωση του αυλού στεφανιαίας αρτηρίας, που οφείλεται σε εναπόθεση λιπιδίων στο αγγειακό τοίχωμα.

Ορισμός αθηροσκλήρυνσης

Αθηροσκλήρωση είναι η πάθηση που προκαλεί στενωτικές ή αποφρακτικές βλάβες των στεφανιαίων αρτηριών εξαιτίας των οποίων περιορίζεται ή διακόπτεται η παροχή αίματος σε τμήματα του μυοκαρδίου με αποτέλεσμα την κλινική εκδήλωση της στεφανιαίας νόσου. Για να δημιουργηθεί η αθηρωματική πλάκα και να προκληθεί στένωση της στεφανιαίας αρτηρίας περνούν πολλά χρόνια. Η αθηρωσκλήρωση αρχίζει κατά την πρώτη ή δεύτερη δεκαετία της ζωής, ενώ η κλινική εκδήλωση της στεφανιαίας νόσου συνήθως συμβαίνει μετά το 40ο έτος.[10]

1.2. ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Τα τελευταία χρόνια η ανακάλυψη της επίδρασης της χοληστερόλης σε διάφορα μέρη του αγγειακού τοιχώματος, έχει αλλάξει τις απόψεις της επιστημονικής κοινότητας για το ρόλο της υπερχοληστερολαιμίας στην παθογένεση της αθηροσκλήρυνσης. Η χοληστερίνη θεωρείται κυρίως ως το πρωταρχικό δομικό συστατικό των αθηρωματικών πλακών. Η ανάπτυξη της αθηρωμάτωσης προάγεται από παράγοντες όπως: υψηλά επίπεδα LDL, IDL και VLDL, χαμηλά επίπεδα HDL- χοληστερόλης, υψηλή αρτηριακή πίεση, σακχαρώδη διαβήτη, κάπνισμα και παχυσαρκία. Υψηλά επίπεδα των LDL, IDL και VLDL στην κυκλοφορία οδηγούν σε διείσδυσή τους σε υψηλό ποσοστό στα αρτηριακά τοιχώματα με αποτέλεσμα το σχηματισμό αφρώδων κυττάρων. Χαμηλά επίπεδα των HDL στην κυκλοφορία δεν επιτρέπουν τη μεταφορά της χοληστερόλης από τα κύτταρα στο ήπαρ. Η υπέρταση πιθανόν αυξάνει τη διείσδυση των λιποπρωτεϊνών στα αρτηριακά τοιχώματα προκαλώντας βλάβες του ενδοθηλίου. Βλάβες του ενδοθηλίου μπορούν να προκληθούν και από τοξικούς παράγοντες, όπως η νικοτίνη οι οποίοι προκαλούν υποξία του αρτηριακού τοιχώματος που οδηγεί σε νέκρωση των κυττάρων, αιμορραγίες ή θρόμβωση. Ο σακχαρώδης διαβήτης οδηγεί στην ανάπτυξη της αθηροσκλήρυνσης μέσω δυσλιπιδαιμίας, δηλαδή αύξηση της VLDL και μείωση της HDL. Η παθολογική κατάσταση που οδηγεί στην αθηρωσκλήρωση είναι κατά βάση η διείσδυση των λιποπρωτεϊνών στα τοιχώματα των αγγείων που οδηγεί σε σχηματισμό των αφρώδων κυττάρων. Τυχόν τραυματισμός των κυττάρων επισπεύδει τη διείσδυση των λιποπρωτεϊνών με αποτέλεσμα τη συσσώρευση αιμοπεταλίων στην τραυματισμένη περιοχή. Τα αφρώδη κύτταρα και τα αιμοπετάλια εκκρίνουν παράγοντες ανάπτυξης που αυξάνουν τον πολλαπλασιασμό των λείων μυϊκών κυττάρων. Η αυξημένη συγκέντρωση λιπών μέσα στα αφρώδη κύτταρα οδηγεί σε νέκρωση των κυττάρων αυτών και απελευθέρωση της εστεροποιημένης χοληστερόλης η οποία σχηματίζει μαζί με λεία μυϊκά κύτταρα και ινώδη ιστό ένα λιπώδη πυρήνα. Με βάση αυτόν τον πυρήνα σχηματίζονται πλάκες που μπορούν σε έδαφος αιμορραγίας ή θρόμβωσης να προκαλέσουν απόφραξη των αγγείων.

Η αθηρωσκλήρωση περιλαμβάνει τρία στάδια:

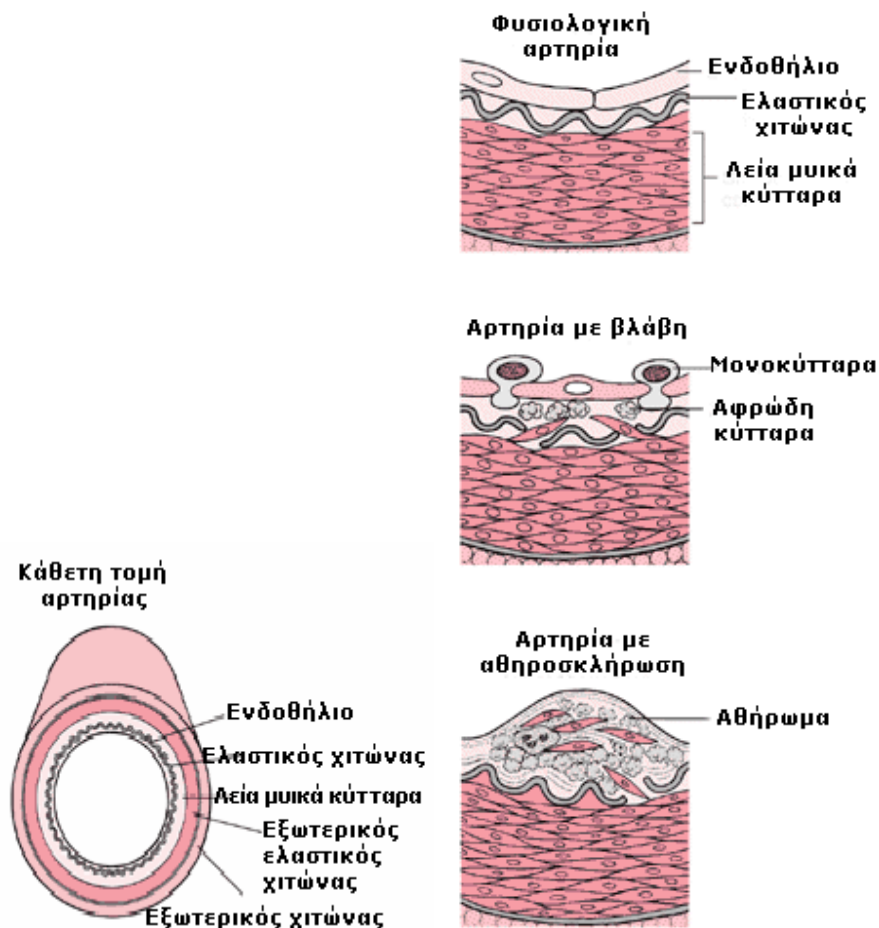
1. Το στάδιο σχηματισμού λιπιδίων γραμμώσεων.

2. Το στάδιο σχηματισμού αθηρωματικής πλάκας.

3. Το στάδιο της επιπλεγμένης βλάβης.

Το πρώτο στάδιο χαρακτηρίζεται από συσσώρευση αφρώδων κυττάρων και ενδοκυττάριου λίπους στον έσω χιτώνα της αρτηρίας. Κατά το στάδιο αυτό δεν προκαλείται απόφραξη του αγγείου. Κατά το δεύτερο στάδιο παρατηρείται μεγαλύτερη αύξηση της εστεροποιημένης χοληστερόλης (λιπώδης πυρήνας) και πολλαπλασιασμός των λείων μυϊκών κυττάρων τα οποία τον επικαλύπτουν. Η επικάλυψη συμπληρώνεται από ινώδη κύτταρα. Κατά το τρίτο στάδιο τέλος, εμφανίζονται ασβέστωση, αιμορραγίες, έλκη, θρομβώσεις και συχνά οξεία απόφραξη του αγγείου. [10].

Η απόφραξη από θρόμβο των αιμοδυναμικά σημαντικών στενώσεων θεωρείται η πιο συχνή αιτία των οξέων στεφανιαίων επεισοδίων και η υποστροφή των ήδη δημιουργημένων πλακών, ο κύριος στόχος της υπολιπιδαιμικής θεραπείας.



Παθοφυσιολογία της στεφανιαίας νόσου

Η στένωση των στεφανιαίων αρτηριών γίνεται από το σχηματισμό μιας

πλάκας (αθήρωμα) στο τοίχωμα της αρτηρίας. Με το χρόνο η πλάκα αυξάνει σε πάχος έτσι ώστε μικραίνει τη διάμετρο του αυλού της αρτηρίας δηλαδή προκαλείται στένωση του αγγείου. Η ροή του αίματος ελαττώνεται, εφ' όσον η στένωση του αυλού της αρτηρίας γίνει μεγαλύτερα του 50% της διαμέτρου ή μεγαλύτερα του 75% του εμβαδού της επιφανείας του αυλού της αρτηρίας. Η ελάττωση της προσφοράς οξυγόνου στο μυοκάρδιο εκφράζεται κλινικά με την στηθάγχη.

Παθοφυσιολογία των οξέων στεφανιαίων συνδρόμων

Η δημιουργία αποφρακτικού θρόμβου έχει αποτέλεσμα την παντελή και παρατεταμένη έλλειψη οξυγόνου στο μυοκάρδιο που προκαλεί νέκρωση του μυοκαρδίου (έμφραγμα). Η δημιουργία τοιχωματικού μη αποφρακτικού θρόμβου έχει αποτέλεσμα την μεγάλη μείωση οξυγόνου στο μυοκάρδιο και προκαλείται το σύνδρομο της ασταθούς στηθάγχης.[2].

Οι στεφανιαίες αρτηρίες είναι τα αγγεία που τροφοδοτούν με αίμα και συνεπώς με οξυγόνο και θρεπτικές ουσίες την καρδιά. Όταν τα αγγεία της καρδιάς δεν μπορούν, λόγω της στένωσης από την αρτηριοσκληρυντική διαδικασία, να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του καρδιακού μυός σε οξυγόνο, εμφανίζεται το δυσάρεστο ενόχλημα που ονομάζεται στηθάγχη.

Ο στηθαγχικός πόνος, που αποτελεί τη συνήθη εκδήλωση της ανεπαρκούς αιμάτωσης του μυοκαρδίου, εκδηλώνεται με δυσφορία στο κέντρο του θώρακα, που μπορεί να έχει χαρακτήρα σφιξίματος, καψίματος ή πίεσης. Εκτός από την παραπάνω κύρια εντόπιση, το ενόχλημα μπορεί να αντανάκλαται στη ράχη, στο λαιμό, στο σαγόι, στο αριστερό ή και στα δύο άνω άκρα και ψηλά στην κοιλιακή χώρα (Εικόνα 2).

Εικόνα 2: Συνηθισμένες εντοπίσεις του πόνου κατά τη διάρκεια των στηθαγχικών κρίσεων.



Ο στηθαγχικός πόνος μπορεί επίσης να συνοδεύεται από εκδηλώσεις όπως ναυτία, έμετος και «κρύος ιδρώτας», διαρκεί συνήθως 2 έως 10 λεπτά και περνά μόνος του μετά από απόλυτη ανάπαυση ή χρήση υπογλώσσιων δισκίων νιτρογλυκερίνης. Μεγαλύτερη διάρκεια πόνου είναι ύποπτη για σοβαρότερες καταστάσεις, όπως το έμφραγμα του μυοκαρδίου.

1.3. ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ

Στις εκδηλώσεις της στεφανιαίας νόσου περιλαμβάνονται:

1. Η περίοδος χωρίς συμπτώματα
2. Η σταθερή στηθάγχη
3. Η ασταθής στηθάγχη
4. Το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου
5. Ο αιφνίδιος καρδιακός θάνατος

Ακολουθεί λεπτομερής ανάλυση των παραπάνω εκδηλώσεων:

1.3.1. Στην περίοδο χωρίς συμπτώματα συνήθως υπάρχει κάποιος βαθμός στένωσης των στεφανιαίων αγγείων, όχι όμως σε τέτοιο βαθμό που να μην μπορεί να εξασφαλιστεί ικανοποιητική παροχή οξυγόνου στο μυοκάρδιο, ακόμα και σε συνθήκες αυξημένων απαιτήσεων, όπως η έντονη σωματική κόπωση. Εάν σε αυτό το στάδιο, στο οποίο όπως προαναφέρθηκε δεν υπάρχουν προειδοποιητικά συμπτώματα, δεν υπάρξει σαφής τροποποίηση των προδιαθεσικών παραγόντων για την ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου (εκτενής αναφορά των οποίων ακολουθεί στη συνέχεια), μοιραία θα ακολουθήσουν οι βαρύτερες κλινικές μορφές της νόσου.

1.3.2. Η σταθερή στηθάγχη χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση θωρακικού πόνου (στηθάγχης) κατά προβλέψιμο τρόπο. Συγκεκριμένα το στηθαγχικό ενόχλημα εμφανίζεται κάθε φορά μετά από δεδομένη προσπάθεια, π.χ. μετά από ορισμένη απόσταση βάδισης. Βέβαια, με την πάροδο του χρόνου τα συμπτώματα επιδεινώνονται, γιατί η αρτηριοσκληρυντική πλάκα που στενεύει τον αγγειακό αυλό επεκτείνεται και εφόσον δεν υπάρξει αποφασιστική αντιμετώπιση των παραγόντων που ευθύνονται για την ανάπτυξη της αρτηριοσκλήρυνσης, μετά από κάποια χρονική περίοδο η στενωμένη αρτηρία θα αποφραχθεί. Η σταθερή στηθάγχη γενικά αποτελεί μία σχετικά καλοήγη κλινική κατάσταση και αυτό διότι προειδοποιεί τον πάσχοντα και δεδομένου ότι εξελίσσεται αργά, προσφέρει τη δυνατότητα για την επιλογή και την εφαρμογή της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής.

1.3.3. Η ασταθής στηθάγχη αποτελεί μια πιο επικίνδυνη μορφή στεφανιαίας νόσου, γι' αυτό και έχει χαρακτηριστεί προεμφραγματική στηθάγχη . Το σύμπτωμα με το οποίο εκδηλώνεται είναι το κλασικό στηθαγχικό ενόχλημα, το οποίο όμως, σε αντίθεση με τη σταθερή στηθάγχη, δεν είναι προβλέψιμο, αλλά μπορεί να εμφανίζεται ανεξάρτητα από τη σωματική προσπάθεια, π.χ. στην ηρεμία ή ακόμη και να ξυπνάει τον ασθενή. Επιγραμματικά μπορούμε να πούμε ότι στην περίπτωση της ασταθούς στηθάγχης συμβαίνει μία απότομη ελάττωση του εύρους του αγγειακού αυλού, σε αντίθεση με την προοδευτική μείωσή του, που χαρακτηρίζει τη σταθερή στηθάγχη. Η αιφνίδια αυτή ελάττωση οφείλεται στο σπάσιμο (ρήξη) της αρτηριοσκληρωτικής πλάκας, πάνω στην οποία επικάθεται ένα πήγμα αίματος (θρόμβος). Συνέπεια αυτού του φαινομένου είναι η αιφνίδια

αύξηση μιας στένωσης, για παράδειγμα από 50% σε 90%.

Είναι σαφές ότι μία τέτοια ασταθής κατάσταση πρέπει να αντιμετωπίζεται με εισαγωγή σε νοσοκομείο, ώστε με τη χορήγηση της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής να δοθεί η ευκαιρία στη «σπασμένη» αρτηριοσκληρυντική πλάκα να επουλωθεί και να αποφευχθεί η ανεπιθύμητη εξέλιξη προς έμφραγμα του μυοκαρδίου.

1.3.4. Ο αιφνίδιος καρδιακός θάνατος τέλος αποτελεί την πλέον δραματική εκδήλωση από όλο το κλινικό φάσμα της στεφανιαίας νόσου. Αιφνίδιος καρδιακός θάνατος ορίζεται ο φυσικός θάνατος που επέρχεται εντός μίας ώρας από την εμφάνιση των οξέων συμπτωμάτων. Η στεφανιαία νόσος και οι επιπλοκές της ευθύνονται για το 80% περίπου των αιφνιδίων καρδιακών θανάτων. Όπως προαναφέρθηκε, το 50% περίπου των οφειλόμενων σε οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου θανάτων εκδηλώνονται ως αιφνίδιοι θάνατοι. Είναι επίσης τραγικό ότι στο 25% των περιπτώσεων ο αιφνίδιος καρδιακός θάνατος αποτελεί την πρώτη και δυστυχώς μοιραία εκδήλωση της στεφανιαίας νόσου.

1.3.5. Το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (ΟΕΜ) είναι η νέκρωση μιας περιοχής του καρδιακού μυός, που οφείλεται στην αιφνίδια διακοπή της παροχής οξυγόνου στο συγκεκριμένο τμήμα. Η διακοπή της παροχής αίματος οφείλεται σε αιφνίδια απόφραξη μιας στεφανιαίας αρτηρίας, λόγω της ανάπτυξης θρόμβου πάνω σε μία αρτηριοσκληρυντική πλάκα. Πολύ σπανιότερα η απόφραξη μπορεί να οφείλεται σε παρατεταμένο σπασμό των στεφανιαίων αρτηριών. [5].

1.3.5.α. Κλινική εικόνα οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου.

Το έμφραγμα εμφανίζεται περισσότερο κατά τις πρωινές ώρες, ιδίως από τις 07.00 έως τις 10.00 και πολύ λιγότερο τις βραδινές και νυκτερινές ώρες. Το κύριο σύμπτωμα του οξέος εμφράγματος είναι το κλασικό στηθαγχικό ενόχλημα, το οποίο όμως διαρκεί περισσότερο από 20 λεπτά, είναι πιο δυνατό και δεν υποχωρεί με την ανάπαυση και τη λήψη υπογλώσσιων δισκίων νιτρογλυκερίνης.

Ο πόνος πολλές φορές εμφανίζεται σε κατάσταση ηρεμίας χωρίς να έχει προηγηθεί κόπωση. Επισημαίνεται ότι το 30% των μη θανατηφόρων εμφραγμάτων δεν γίνονται αντιληπτά, είτε γιατί δεν συνοδεύονται από συμπτώματα, είτε γιατί τα συμπτώματα είναι άτυπα. Σιωπηλά (χωρίς συμπτώματα) εμφράγματα συμβαίνουν συχνότερα σε διαβητικούς, σε υπερτασικούς και σε ηλικιωμένους ασθενείς.

Από τα άτομα που θα επιβιώσουν από ένα οξύ επεισόδιο, μερικά θα βρεθούν αντιμέτωπα με σοβαρές επιπλοκές που θα έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα της ζωής τους, όπως π.χ. την καρδιακή ανεπάρκεια. Βέβαια σήμερα με τη λειτουργία των μονάδων εντατικής παρακολούθησης και την εφαρμογή μεθόδων που συντελούν στη διάνοιξη του αποφραγμένου αγγείου και επομένως στην ταχεία επαναιμάτωση του μυοκαρδίου, η πρόγνωση του ΟΕΜ έχει βελτιωθεί. Πάρα ταύτα, επειδή το τμήμα του εμφράγματος εξακολουθεί ακόμη και σήμερα να είναι βαρύ, αποτελεί μέριμνα κάθε ιατρού και ειδικότερα του καρδιολόγου να εντοπίζει τους ασθενείς που βρίσκονται σε κίνδυνο και ανάλογα με τη διαβάθμιση του κινδύνου να παρέχει την κατάλληλη κατά περίπτωση φροντίδα.

1.3.5.β. Θεραπεία του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου

Η νοσοκομειακή θνητότητα του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου από 30% που ήταν στη δεκαετία του '70 έχει μειωθεί σήμερα σε λιγότερο από 10%. Η σημαντική αυτή μείωση επιτεύχθηκε με την ανάπτυξη των μονάδων εντατικής παρακολούθησης, τη βελτίωση της φαρμακευτικής αγωγής και την διάνοιξη, σε ειδικές περιπτώσεις, άμεσα του υπεύθυνου αγγείου με την μέθοδο της αγγειοπλαστικής (μπαλονάκι). Σταθμό στη φαρμακευτική αγωγή αποτέλεσε η θρομβόλυση, δηλαδή η διάλυση με χορήγηση φαρμάκων του θρόμβου που προκαλεί την απόφραξη της στεφανιαίας αρτηρίας και επομένως το έμφραγμα.

Τα θρομβολυτικά φάρμακα χορηγούνται μέσω μιας περιφερικής φλέβας, όσο το δυνατόν γρηγορότερα από την έναρξη του πόνου. Δυστυχώς, για άλλοτε άλλες αιτίες όπως η καθυστερημένη προσέλευση του ασθενούς ή η ύπαρξη αντενδείξεων, θρομβόλυση τελικά γίνεται μόνο στο 30-40% των εμφραγματιών.

Επισημαίνεται ότι όσο πιο γρήγορα αρχίσει η θρομβόλυση, τόσο ευκολότερα επιτυγχάνεται η διάλυση του θρόμβου. Το όφελος από τη χορήγηση των θρομβολυτικών φαρμάκων συνίσταται στη διάσωση της ζωής 35 επιπλέον ασθενών σε σύνολο 1.000 εμφραγματιών, και επιτυγχάνεται κυρίως όταν η θρομβόλυση πραγματοποιείται κατά την πρώτη ώρα του εμφράγματος. Στην περίπτωση που η θρομβόλυση καθυστερήσει, ο αντίστοιχος αριθμός είναι σαφώς μικρότερος. Βέβαια, όπως όλα τα φάρμακα έτσι και τα θρομβολυτικά έχουν τις ανεπιθύμητες ενέργειες τους, με σοβαρότερη την εγκεφαλική αιμορραγία που παρατηρείται σε ποσοστό 1-1,5%. Η προσπάθεια που γίνεται για να ανοίξει η αποφραγμένη αρτηρία και να αποφευχθεί η νέκρωση, εκτός από τα θρομβολυτικά περιλαμβάνει και τη χορήγηση άλλων φαρμάκων, όπως η ασπιρίνη. Ισχύει γενικά η οδηγία ότι κάθε ασθενής στον οποίο υπάρχει η κλινική υποψία εμφράγματος του μυοκαρδίου πρέπει να μασάει μία ασπιρίνη και ακολούθως, χωρίς καθυστέρηση, να επιζητείται η μεταφορά του σε νοσοκομείο. Η άμεση χορήγηση ασπιρίνης έχει αποδειχθεί ότι συμβάλλει στη διάσωση 25 ζωών ανά 1000 εμφραγματίες.

Άλλα γενικά μέτρα που εφαρμόζονται στον εμφραγματία μετά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο είναι η απόλυτη ακινησία για να μειωθεί το έργο της καρδιάς και η χορήγηση οξυγόνου. Επίσης, κατά περίπτωση και εφόσον δεν υπάρχει αντένδειξη, χορηγούνται φάρμακα όπως τα νιτρώδη, η ηπαρίνη και οι β-αναστολείς, που στοχεύουν, αναλόγως του φαρμάκου, στη μείωση της έκτασης του εμφράγματος και των πιθανών επιπλοκών. Όλες οι παραπάνω ενέργειες γίνονται το ταχύτερο δυνατό, ώστε να αρχίσει το συντομότερο η προσπάθεια επαναιμάτωσης του μυοκαρδίου.[11].

1.3.5.γ. Ενδονοσοκομειακή πορεία των ασθενών με οξύ έμφραγμα

Οι ασθενείς με έμφραγμα του μυοκαρδίου που νοσηλεύονται στη μονάδα εντατικής παρακολούθησης έχουν συνήθως καλή μετεμφραγματική πορεία. Είναι δυνατόν όμως να υπάρξουν και ορισμένες επιπλοκές. Οι επιπλοκές είναι συχνότερες σε ηλικιωμένους ασθενείς, σε εκείνους που στο παρελθόν έχουν υποστεί και άλλο έμφραγμα του μυοκαρδίου και σαφώς στα μεγάλα σε έκταση εμφράγματα. Οι κυριότερες και συχνότερες επιπλοκές περιλαμβάνουν την εμφάνιση σοβαρών (ενίοτε θανατηφόρων) αρρυθμιών και την καρδιακή ανεπάρκεια, παρά την εφαρμογή της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής. Πολύ σημαντική είναι σε κάθε περίπτωση η ηρεμία και η ψυχική στήριξη των ασθενών, γιατί η ανησυχία και το άγχος μπορεί να αποτελέσουν αίτιο επικίνδυνων αρρυθμιών. Πολλές φορές για την εξασφάλιση της ψυχικής ηρεμίας χορηγούνται ηρεμιστικά φάρμακα.

Όταν δεν υπάρχουν επιπλοκές οι ασθενείς μετά το πρώτο 48ωρο μπορούν να κάθονται στο κρεβάτι δύο φορές το 24ωρο. Από την 4η-5η ημέρα μπορούν να βαδίζουν στο δωμάτιο, έτσι ώστε την 7η-8η ημέρα να είναι έτοιμοι για την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Στους ασθενείς, αντίθετα, που παρουσίασαν επιπλοκές, η νοσηλεία παρατείνεται μέχρι να επιτευχθεί η σταθεροποίησή τους. Οι παραπάνω ασθενείς είναι υποψήφιοι για στεφανιαία αγγειογραφία, η οποία θα καθορίσει την αναγκαιότητα εφαρμογής περαιτέρω παρέμβασης (αγγειοπλαστικής ή αορτοστεφανιαίας παράκαμψης).

Γενικά η στεφανιαία νόσος είναι μία ύπουλη πάθηση που δεν συγχωρεί χαλαρότητα και αμέλεια ούτε από την πλευρά του πάσχοντος, ούτε από την πλευρά του θεράποντος ιατρού. Αναφέρθηκε ότι αποτελεί νόσο με ευρύ φάσμα κλινικών εκδηλώσεων, με το χαρακτηριστικό όμως γνώρισμα ότι δεν πορεύεται πάντοτε προοδευτικά από τις ηπιότερες προς τις σοβαρότερες μορφές. Επιβεβαίωση αυτής της συμπεριφοράς της νόσου είναι ο αιφνίδιος καρδιακός θάνατος, ο οποίος στο 25% των περιπτώσεων, όπως προαναφέρθηκε, αφορά ασθενείς χωρίς προηγούμενα συμπτώματα. Επομένως, πρωταρχικής σημασίας είναι η εντόπιση των ατόμων που, έστω και χωρίς εκδήλωση συμπτωμάτων, έχουν πολλούς επιβαρυντικούς παράγοντες για εκδήλωση στεφανιαίας νόσου. Στους ασθενείς αυτούς η τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου (πρωτογενής πρόληψη), είτε με υγιεινό τρόπο ζωής, είτε με φαρμακευτική υποστήριξη αναμένεται να τροποποιήσει την πορεία της νόσου και να περιορίσει στο μέτρο του εφικτού τις δραματικές συνέπειές της.[6].

1.4. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Καρδιαγγειακά νοσήματα, γενικά

Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, το 2002 το 1/3 του συνόλου των θανάτων παγκοσμίως, αποδόθηκε στα καρδιαγγειακά νοσήματα (16,7 εκατομμύρια θάνατοι). Από αυτούς, για περίπου το 50% (7,22 εκατομμύρια) ευθυνόταν η στεφανιαία νόσος και για 5,5 εκατομμύρια

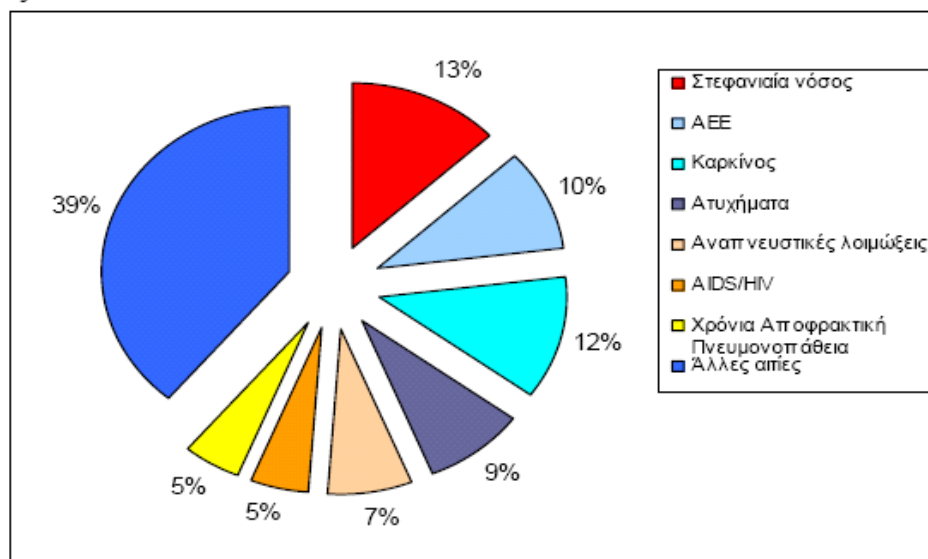
ευθυνόταν το ΑΕΕ. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι η κύρια αιτία θανάτου στην Ευρώπη, στα οποία αποδίδονται περίπου 4 εκατομμύρια θάνατοι ετησίως. Σχεδόν, το 50% του συνόλου των θανάτων στην Ευρώπη προέρχεται από τα καρδιαγγειακά νοσήματα (55% στις γυναίκες και 43% στους άνδρες). Περίπου το 50% αυτών των θανάτων οφείλεται στη στεφανιαία νόσο και σχεδόν το 1/3 στα ΑΕΕ. (British Heart Foundation. Coronary heart disease statistics 2005. www.heartstats.org/datapage.asp?id=1652) (Γράφημα 1)

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι η κύρια αιτία θανάτου στην ΕΕ (1,5 εκατομμύρια θάνατοι ετησίως, περίπου). Περίπου το 42% του συνόλου των θανάτων στην ΕΕ είναι από τα καρδιαγγειακά νοσήματα (46% μεταξύ των γυναικών και 38% μεταξύ των ανδρών). Μεταξύ του 1/3 και του 1/2 των θανάτων από τα καρδιαγγειακά νοσήματα, οφείλεται στη στεφανιαία νόσο και πάνω από το 1/4 στο ΑΕΕ. (British Heart Foundation. Coronary heart disease statistics 2005. www.heartstats.org/datapage.asp?id=1652) (Γράφημα 2)

Σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία της Αμερικανικής Καρδιολογικής Ένωσης (www.americanheart.org), το 34,2% του πληθυσμού των ΗΠΑ το 2002 έπασχε από καρδιαγγειακή νόσο (το 34,4% των ανδρών και το 33,9% των γυναικών). Επίσης, αναφέρεται ότι αυτές οι παθήσεις ήταν η κυριότερη αιτία θανάτου τόσο σε άνδρες όσο και σε γυναίκες και ευθύνονταν για το 38% των θανάτων (1 στους 2,6 θανάτους) που σημειώθηκαν το 2002 στις ΗΠΑ (γράφημα 1.3.3). Επιπλέον, το 2002 ο ρυθμός πρώιμου θανάτου (<65 ετών) από καρδιαγγειακές παθήσεις ήταν 320,5 ανά 100000 άτομα (380,4 για άνδρες και 273,4 για γυναίκες), ενώ αξιοσημείωτη ήταν η μεταβλητότητα μεταξύ των διαφόρων φυλών.

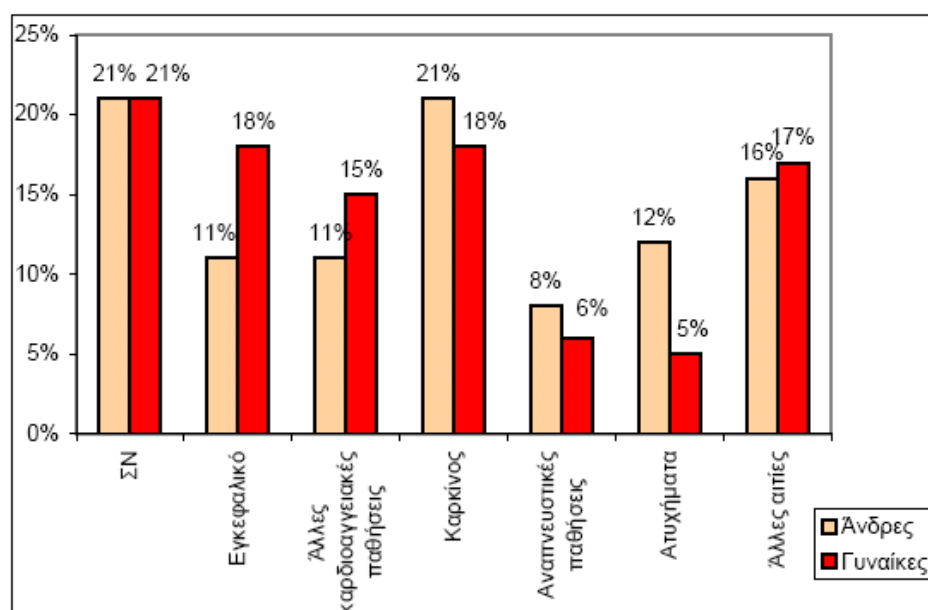
Στον Καναδά το 1999 το 35% των θανάτων στους άνδρες και το 37% των θανάτων στις γυναίκες αποδόθηκε στα καρδιαγγειακά νοσήματα. (Heart and Stroke Foundation of Canada Web site, www.heartandstroke.ca)

Γράφημα 1: Τα ποσοστά των θανάτων που οφείλονταν στις συχνότερες αιτίες για το 2002, παγκοσμίως



Πηγή: The Atlas of Heart disease and Stroke
http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/

Γράφημα 2: Αίτια θανάτου για το 2000 στην Ευρώπη, ανά φύλο



Στεφανιαία νόσος

Η νοσηρότητα αλλά και η θνησιμότητα της στεφανιαίας νόσου διαφέρουν από πληθυσμό σε πληθυσμό. Για παράδειγμα, τα τελευταία αποτελέσματα από

τη μελέτη της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (MONICA WHO study), δείχνουν ότι η επίπτωση της στεφανιαίας νόσου στους άνδρες διακυμαίνεται (πίνακας 1) [British Heart Foundation]:

- από 835 ανά 100.000 άτομα στην Φιλανδία
- σε 81 ανά 100.000 άτομα στην Κίνα (Πεκίνο)

Άλλα στατιστικά στοιχεία δείχνουν ότι στις γυναίκες η επίπτωσης της ΣΝ κυμαίνεται:

- σε 265 ανά 100.000 άτομα στην Μεγάλη Βρετανία (Γλασκόβη)
- σε 35 ανά 100.000 άτομα στην Κίνα (Πεκίνο) και στην Ισπανία (Καταλονία) (πίνακας 1)

Πίνακας 1. Επίπτωση της ΣΝ ανά 100000 άνδρες & 100000 γυναίκες, ηλικίας 35-64 ετών,

Επίπτωση της ΣΝ ανά 100000 άνδρες & 100000 γυναίκες, ηλικίας 35-64 ετών, MONICA [Trustall-Pedoe et al., 1999]

Πληθυσμός	Άνδρες	Γυναίκες			
			Ρωσία – Νοβοσίμπρισκ (<i>Control</i>)	464	111
Φιλανδία-Επαρχία Κουόπιο	718	124	Νέα Ζηλανδία-Οκλάντ	434	115
Φιλανδία-Τουρκού	549	94	ΗΠΑ – Στάνφορντ	431	134
Φιλανδία-Βόρεια Καρέλια	835	145	Γιουγκοσλαβία – Νόβι - Σαντ	422	101
Ηνωμένο Βασίλειο – Γλασκόβη	777	265	Αυστραλία – Περθ	389	92
Ηνωμένο Βασίλειο - Μπέλφαστ	695	188	Γερμανία-Όγκσμπουργκ	286	63
Πολωνία – Ταρνομπρεζκ	461	110	Γερμανία - Βρένη	361	81
Πολωνία - Βαρσοβία	586	153	Γερμανία – Ανατ. Γερμανία	370	78
Καναδάς – Χάλιφαξ	523	139	Σουηδία – Γκέτεμποργκ	363	84
Δανία - Γκλόστραπ	517	140	Γαλλία - Τουλούζ	233	36
Τσεχία - Τσεχία	515	101	Γαλλία - Λιλ	298	64
Σουηδία – Βόρεια Σουηδία	509	119	Γαλλία - Στρανσβούργο	292	64
Λιθουανία - Κάουνας	498	80	Ελβετία – Φρμπουργκ	231	-
Βέλγιο - Γάνδη	346	77	Ελβετία - Τσίνο	290	-
Βέλγιο – Σαρλερουά	487	118	Ιταλία - Μπριάνζα	279	42
Ισλανδία - Ισλανδία	486	99	Ιταλία - Φρίουλη	253	47
Αυστραλία – Νιουκάστλ	479	153	Ισπανία - Καταλονία	210	35
Ρωσία – Μόσχα (<i>Control</i>)	477	92	Κίνα - Πεκίνο	81	35

Πηγή: MONICA [Trustall-Pedoe et al., 1999]

Στην Ευρώπη η στεφανιαία νόσος ευθύνεται για περίπου 2 εκατομμύρια θανάτους ετησίως. Συγκεκριμένα, περίπου για το 22% του συνόλου των θανάτων στις γυναίκες και το 21% του συνόλου των θανάτων στους άνδρες. (British Heart Foundation. Coronary heart disease statistics 2005, www.heartstats.org/datapage.asp?id=1652).

Στην ΕΕ, η στεφανιαία νόσος ευθύνεται για περίπου 744000 θανάτους ετησίως. Πιο αναλυτικά 1 στους 6 θανάτους (17%) στους άνδρες και 1 στους 7 θανάτους (15%) στις γυναίκες. (British Heart Foundation. Coronary heart disease statistics 2005. www.heartstats.org/datapage.asp?id=1652)

Όσον αφορά στην θνησιμότητα, στοιχεία από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, 2002 (<http://www3.who.int/whosis>), για επιλεγμένες χώρες ολόκληρου του κόσμου, δείχνουν ότι η ανδρική θνησιμότητα το 1999, εξαιτίας της στεφανιαίας νόσου, κυμαινόταν (Γράφημα 3):

- από 802 ανά 100.000 άτομα στο Λευκορωσία
- σε 57 ανά 100.000 άτομα στην Ιαπωνία

ενώ η γυναικεία, κυμαινόταν (γράφημα 3):

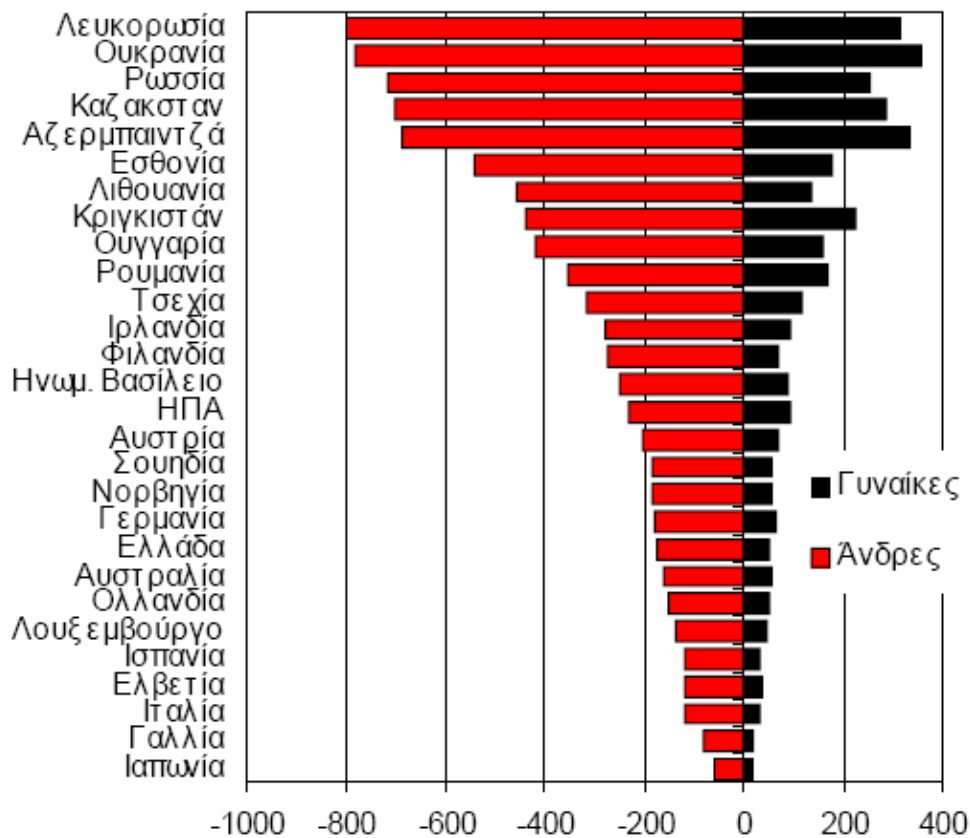
- από 359 ανά 100.000 άτομα στην Ουκρανία
- σε 19 ανά 100.000 άτομα στην Ιαπωνία

Στις ΗΠΑ ο επιπολασμός της στεφανιαίας νόσου το 2002 έφτανε στο 6,9% και διακυμαινόταν μεταξύ 5,6% στις γυναίκες και 8,4% στους άνδρες, ενώ η επίπτωση της νόσου το 2001 ήταν 442,5 ανά 100.000 άτομα και ήταν υψηλότερη στη μαύρη φυλή. Αξίζει να αναφερθεί επίσης ότι πάνω από το 50% των θανάτων που οφείλονται σε καρδιαγγειακές νόσους, προέρχεται από τη στεφανιαία νόσο, ενώ γενικά 1 στους 5 θανάτους που σημειώθηκαν στις ΗΠΑ το 2002 οφειλόταν στη στεφανιαία νόσο.

Το 2002 ο ρυθμός θανάτου από τη στεφανιαία νόσο ήταν 170,8 ανά 100.000 άτομα και ήταν υψηλότερος στη μαύρη φυλή και στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες (3-4 φορές υψηλότερος στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες). Κατά τη 10-ετία 1992-2002 ο ρυθμός θανάτου από τη ΣΝ μειώθηκε κατά 26,5%, αλλά ο πραγματικός αριθμός των θανάτων μειώθηκε μόνο κατά 9,9%.

Γράφημα 3. Ρυθμός θανάτου από ΣΝ το 1999 σε άνδρες και γυναίκες 35-74 ετών σε επιλεγμένες χώρες.

Ρυθμός θανάτου από ΣΝ το 1999 σε άνδρες & γυναίκες ηλικίας 35-74 ετών, σε επιλεγμένες χώρες



Τυποποιημένος κατά ηλικία ρυθμός θανάτου / 100000 [WHO]

Η Σ.Ν. συνιστά επίσης μία από τις συχνότερες αιτίες «αναπηρίας» και επιβαρύνει σημαντικά τα οικονομικά των συστημάτων Υγείας των χωρών. Στην πατρίδα μας το κόστος αντιμετώπισης των ασθενών με ΣΝ ανήλθε το έτος 2003 σε 733.000 €.

Τα τελευταία 30 χρόνια η θνητότητα από ΣΝ υποχώρησε σημαντικά στις περισσότερες Βόρειες και Δυτικές Ευρωπαϊκές χώρες, αλλά αυξήθηκε ταχέως σε μερικές χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης. Έτσι π.χ. ενώ την δεκαετία 1994-2004 η θνητότητα από ΣΝ στους άνδρες < 65 ετών στην Φινλανδία μειώθηκε κατά 37% και την Μ. Βρετανία κατά 42%, στην Αλβανία αυξήθηκε 57% και στην Ουκρανία 19%. Το μεγαλύτερο ποσοστό (58%) της μείωσης αυτής αποδίδεται στην μείωση της επίπτωσης της ΣΝ στον πληθυσμό

σαν αποτέλεσμα μείωσης των μειζόνων παραγόντων κινδύνου – κυρίως του καπνίσματος- συνεπεία οργανωμένης δράσης που έχουν αναλάβει και στις πολιτικές που έχουν εφαρμόσει οι χώρες αυτές. Σαφώς μικρότερο ποσοστό (42%) αποδόθηκε στην βελτίωση του τρόπου θεραπείας της ΣΝ.

Στην Ελλάδα είναι γεγονός ότι στον τομέα της πρόληψης διαπιστούται σημαντική υστέρηση.

Ορισμένα χαρακτηριστικά στοιχεία που καταδεικνύουν τα παραπάνω είναι ότι:

- Η χώρα μας κατέχει παγκοσμίως την πρώτη θέση στην κατανάλωση τσιγάρων ανά κάτοικο στον κόσμο.
- Μεταξύ των ετών 1961-2003 η μέση ημερήσια κατανάλωση θερμίδων αυξήθηκε σε ποσοστό 26%.
- Αυξήθηκε επίσης σημαντικά η κατανάλωση λιπών.
- Το 2003 ποσοστό 46% των ανδρών και 40% των γυναικών είχαν Υπερχοληστεριναιμία. Οι μισοί δεν το γνώριζαν.
- Το 2004 οι Έλληνες ήταν οι πιο παχύσαρκοι άνδρες σε ολόκληρη την Ευρώπη με πρόβλεψη το 2010 να αυξήσουν την διαφορά από τις άλλες χώρες.
- Η πλειοψηφία (74%) των παχύσαρκων δηλώνουν πεπεισμένοι ότι έχουν φυσιολογικό βάρος.
- Το 55% των Ελλήνων δεν ασκείται καθόλου ή ασκείται λίγο (δηλ < 100 min/εβδομάδα) και το 70% των εργαζομένων χρησιμοποιεί ιδιωτικό μεταφορικό μέσο (αυτοκίνητο ή μηχανή) για να πάει στην δουλειά του.
- 1979: η Ελλάδα κατείχε την 4η καλύτερη θέση από πλευράς (μικρότερης) θνητότητας από ΣΝ στους άνδρες σε ολόκληρη την Ευρώπη, υστερώντας μόνο της Γαλλίας και 2 άλλων Μεσογειακών χωρών (Ισπανία, Πορτογαλία). Βρισκόταν σε σαφώς καλύτερη θέση από την γειτονική Ιταλία και το σύνολο σχεδόν των χωρών της ΕΕ.
- 1989: η θνητότητα ανδρών από ΣΝ στην Ελλάδα την δεκαετία 1979-1989 δεν μεταβλήθηκε καθόλου, παραμένοντας σταθερή στους 53 θανάτους / 100.000 κατοίκους. Όμως υποχωρήσαμε στην 6-η θέση του καταλόγου, διότι τα μέτρα ενημέρωσης του κοινού σε θέματα πρόληψης που ελήφθησαν και η υιοθέτηση πιο υγιεινού τρόπου ζωής από τους πολίτες σε μερικές Ευρωπαϊκές χώρες άρχισαν να αποδίδουν και σαν αποτέλεσμα μας ξεπέρασαν (πέτυχαν μικρότερη θνητότητα) ορισμένες χώρες της Κεντρικής Ευρώπης (Βέλγιο, Ελβετία) και η Ιταλία.
- 1999: Και την δεκαετία 1989 - 1999 η θνητότητα της ΣΝ στους άνδρες στην χώρα μας παρέμεινε απόλυτα σταθερή (54/100.000). Όμως μειώθηκε σημαντικά -σε επίπεδα κατώτερα των δικών μας- η αντίστοιχη θνητότητα στο σύνολο σχεδόν των χωρών της (μη διευρυμένης) ΕΕ αλλά

και στις περισσότερες χώρες της Κεντρικής και Βόρειας Ευρώπης, με αποτέλεσμα να καταρρακωθούμε στην 17η θέση του καταλόγου.

- 2005: Η θνητότητα των ανδρών από ΣΝ στην Ελλάδα παρουσίασε για πρώτη φορά μικρή κάμψη (7.4%) συγκριτικά με το 1999. Η θνητότητα όμως αυτή (50/100.000) ήταν διπλάσια περίπου της παρατηρούμενης σε όλες τις άλλες Μεσογειακές χώρες.

Επίσης ήταν σαφώς μεγαλύτερη της θνητότητας από ΣΝ του συνόλου των χωρών της ΕΕ, αλλά και τού συνόλου των χωρών της Δυτικής, Κεντρικής και Βόρειας Ευρώπης, συμπεριλαμβανομένης της Φινλανδίας, της χώρας που κάποτε κατείχε τα «σκήπτρα» της μεγαλύτερης θνητότητας από ΣΝ στον κόσμο.

Το 2005 η Ελλάδα βρέθηκε στην 18-η θέση του καταλόγου έχοντας θνητότητα ΣΝ μικρότερη μόνο από αυτή των χωρών της Ανατολικής Ευρώπης (πρώην Ανατολικό Μπλοκ) οι οποίες όμως (με εξαίρεση τη Ρωσία) άρχισαν ήδη να την μειώνουν και μάλιστα με σαφώς μεγαλύτερα ποσοστά από εμάς.

Καταλήγοντας η Ελλάδα όσον αφορά τη θνητότητα από ΣΝ:

Το 1979 εμφάνιζε χαρακτηριστικά Μεσογειακής χώρας.

Το 1989 Κεντροευρωπαϊκής χώρας.

Το 1999 χώρας της Δυτικής και της Βόρειας Ευρώπης.

Το 2005 χώρας της Ανατολικής Ευρώπης.

Τα πλέον συνήθη καρδιαγγειακά νοσήματα στα οποία οφείλεται το 50% περίπου των θανάτων στη χώρα μας είναι το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Η αύξηση της συχνότητας εμφάνισής τους αποδίδεται κυρίως στην αλλαγή του περιβάλλοντος, στο οποίο ο σύγχρονος άνθρωπος ζει και αναπτύσσεται και στον τρόπο ζωής που έχει πλέον υιοθετήσει. Η υπερχοληστερολαιμία, (45% του ενήλικου πληθυσμού στην Ελλάδα σύμφωνα με δεδομένα από το «Μήνα Χοληστερίνης» του ΕΛΙΚΑΡ σε 50.000 ενήλικα αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου.

Όσον αφορά τον άλλο εχθρό της καρδιάς μας, την υπέρταση, σύμφωνα με δεδομένα από το «Μήνα Χοληστερίνης» του ΕΛΙΚΑΡ σε 50.000 ενήλικα άτομα στην Ελλάδα το 25% του πληθυσμού είναι υπέρτασικοί. Η συχνότητα της υπέρτασης αυξάνεται με την ηλικία.

Ακόμη ένας στους τρεις ενήλικους καπνίζει και ένας στους δέκα είναι διαβητικός.

Η έλλειψη δραστηριότητας και η αυξημένη πρόσληψη μη υγιεινών τροφίμων, σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες όπως το κάπνισμα οδηγούν το σύγχρονο άνθρωπο σε προβλήματα όπως η υπέρταση και η υπερλιπιδαιμία και αυτά με τη σειρά τους στη καρδιαγγειακή νόσο.

Η χοληστερόλη λαμβάνεται με την τροφή, όμως παράγεται και στον οργανισμό. Η αυξημένη πρόσληψη κορεσμένων λιπαρών οξέων, που βρίσκονται κυρίως σε ζωικά λίπη, όπως στο κόκκινο κρέας και στα λιπαρά τυριά, καθώς και η παχυσαρκία είναι συχνά αιτία της υπερχοληστερολαιμίας. Συνιστάται η αλλαγή

των κορεσμένων λιπών σε ακόρεστα κ σε ελαιόλαδο.

Η σωματική δραστηριότητα αποτελεί έναν από τους πιο γνωστούς τρόπους με τον οποίο μπορεί να αυξηθεί η HDL χοληστερόλη. Σύμφωνα με μελέτες, η μέτριας έντασης, συχνή άσκηση (π.χ. περπάτημα), παράλληλα με διακοπή του καπνίσματος και απώλεια βάρους μπορούν να ανεβάσουν την HDL κατά 10-15%, ένα σημαντικό ποσοστό, εάν ληφθεί υπόψη ότι για κάθε 1 mg/dl αύξηση της HDL μειώνεται η πιθανότητα εμφάνισης εμφράγματος κατά 2% στους άντρες και κατά 3% στις γυναίκες.

Είναι εμφανές πως οι προσπάθειες για υιοθέτηση των παραπάνω μέτρων συνιστούν, ομολογουμένως, ένα δύσκολο έργο όχι μόνο για αυτόν που θα τα εφαρμόσει, αλλά και για τον γιατρό ή τον ειδικό διαιτολόγο που θα τα «διδάξει». Κι αυτό γιατί, όπως είναι φανερό, δεν αποτελούν αποσπασματικά μέτρα, αλλά προτείνονται αλλαγές στο τρόπο ζωής και διατροφής σε μόνιμη βάση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2
ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ
ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ

2.1. ΟΡΙΣΜΟΣ

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

2.2. ΜΗ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΙΜΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

2.2.1. Ηλικία

Στους άνδρες ο κίνδυνος αυξάνεται μετά την ηλικία των 45 ετών. Στις γυναίκες ο κίνδυνος αυξάνεται μετά την ηλικία των 55 ετών και κυρίως οι εμμηνοπαυσιακές γυναίκες.

2.2.2. Φύλο

Οι άνδρες είναι περισσότερο εκτεθειμένοι στη στεφανιαία νόσο σε σχέση με τις γυναίκες. Όμως, θα πρέπει να επισημανθεί ότι μετά την εμμηνόπαυση και με την πάροδο της ηλικίας η συχνότητα των καρδιαγγειακών επεισοδίων αυξάνεται στις γυναίκες και τείνει να εξομοιωθεί με εκείνη των ανδρών. Φαίνεται ότι η καρδιοπροστασία κατά την αναπαραγωγική ηλικία των γυναικών ασκείται μέσω των γυναικείων ορμονών και συγκεκριμένα των οιστρογόνων. Τα τελευταία χρόνια όμως ο διαρκώς αυξανόμενος αριθμός γυναικών που καπνίζουν, έχει συντελέσει στη σημαντική αύξηση του αριθμού των καρδιαγγειακών επεισοδίων στο γυναικείο φύλο και πριν την εμμηνόπαυση.

2.2.3. Οικογενειακό ιστορικό για στεφανιαία νόσο

Η ύπαρξη περιπτώσεων στεφανιαίας νόσου σε συγγενικά πρόσωπα πρώτου βαθμού (γονείς και αδέρφια), ειδικά με πρώιμη εμφάνιση (αιφνίδιος καρδιακός θάνατος ή έμφραγμα σε ηλικία μικρότερη των 55 ετών για άνδρες και 65 ετών για γυναίκες), αποτελεί ισχυρό και ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για εκδήλωση στεφανιαίας νόσου. Σε σχετικές επί του αντικειμένου μελέτες έχει βρεθεί ότι ο κίνδυνος προσβολής από έμφραγμα του μυοκαρδίου σε ένα άτομο με θετικό κληρονομικό ιστορικό, είναι περίπου 2,2 φορές μεγαλύτερος. Επειδή τουλάχιστον σήμερα δεν είναι δυνατή κάποιας μορφής διορθωτική παρέμβαση στο γενετικό υλικό, συνιστάται στα άτομα με βεβαρημένο κληρονομικό ιστορικό να ελέγχουν επιμελώς τους παράγοντες κινδύνου που ίσως συνυπάρχουν, όπως η υπερλιπιδαιμία, ο σακχαρώδης διαβήτης, η αρτηριακή υπέρταση και το κάπνισμα.[4].

2.3. ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΙΜΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

2.3.1. Αρτηριακή υπέρταση

Ο όρος «πίεση αίματος» αναφέρεται στην πίεση που έχει το αίμα μέσα στις αρτηρίες που το μεταφέρουν από την καρδιά σε όλο το σώμα. Η αρτηριακή πίεση μετριέται σε δύο τιμές, την υψηλότερη, που ονομάζεται συστολική και τη χαμηλότερη, που ονομάζεται διαστολική. Η συστολική πίεση είναι η εσωτερική πίεση στα τοιχώματα των αρτηριών κατά τη διάρκεια της συστολής (σύσπασης) της καρδιάς, ενώ η διαστολική πίεση είναι η εσωτερική πίεση στα τοιχώματα των αρτηριών μεταξύ δύο κτύπων, κατά τη χαλάρωση της καρδιάς. Η αρτηριακή πίεση ενός ατόμου δεν είναι σταθερή, αλλά μεταβάλλεται συνεχώς από λεπτό σε λεπτό εξαρτώμενη από τη σωματική δραστηριότητα κυρίως, αλλά και από την περίοδο της ημέρας. Η συστολική αρτηριακή πίεση στους ενήλικες είναι καλό να βρίσκεται κάτω από 140 χιλιοστά στήλης υδραργύρου, ενώ η διαστολική κάτω από 90 χιλιοστά. Μιλάμε για αρτηριακή υπέρταση, όταν, είτε η συστολική αρτηριακή πίεση, είτε η διαστολική, είτε και οι δύο, εμφανίζονται σε επανειλημμένες μετρήσεις μεγαλύτερες των προαναφερθέντων ορίων. Επισημαίνεται ότι το αίτιο το οποίο προκάλεσε την αρτηριακή υπέρταση αναγνωρίζεται σε λιγότερο από 5% των ασθενών. Στο υπόλοιπο 95% δεν αναγνωρίζεται κάποια υποκείμενη αιτία, παρά τον εκτεταμένο έλεγχο και στις περιπτώσεις αυτές μιλάμε για ιδιοπαθή υπέρταση.

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

Σε ό,τι αφορά την αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης δεν πρέπει να λησμονούνται τα απλά υγιεινοδιαιτητικά μέτρα, όπως η απώλεια σωματικού βάρους και η μειωμένη πρόσληψη μαγειρικού αλάτος με τις τροφές, που μπορούν, ειδικά σε ήπιες μορφές υπέρτασης, από μόνα τους να επιτύχουν ομαλοποίηση της αρτηριακής πίεσης. Σε βαρύτερες μορφές υπέρτασης ο θεράπων ιατρός μπορεί κατά περίπτωση να επιλέξει κάποιο από τα διάφορα φαρμακευτικά σκευάσματα που κυκλοφορούν.

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

αντιστρόφως ανάλογα με την αναμενόμενη διάρκεια ζωής.[17].

2.3.2. Σακχαρώδης διαβήτης

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

Σε τι οφείλεται όμως ο αυξημένος κίνδυνος των διαβητικών ασθενών;

Η απάντηση είναι πως στα διαβητικά άτομα συχνά συνυπάρχουν:

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

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

Όπως ήδη προαναφέρθηκε, ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα ο οποίος είναι ιδιαίτερα δυσμενής στις γυναίκες.

Πράγματι, από τα αποτελέσματα μεγάλων μελετών προέκυψε ότι στις διαβητικές γυναίκες η στεφανιαία νόσος, όταν εκδηλωθεί, έχει ταχύτερη εξέλιξη από ότι στους διαβητικούς άνδρες. Επίσης, ότι το έμφραγμα συνοδεύεται από ανεξήγητα μεγαλύτερο ποσοστό επιπλοκών και θνησιμότητας στις διαβητικές γυναίκες.

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

αποτελεσματικά.

2.3.3. Υπερλιπιδαιμία

Με τον όρο υπερλιπιδαιμία υποδηλώνεται η αύξηση της ποσότητας των λιπιδίων στο αίμα. Υπάρχουν αρκετές μορφές λιπιδίων, εκείνα όμως τα οποία έχουν περισσότερο μελετηθεί και συσχετισθεί με τη στεφανιαία νόσο είναι:

- η ολική χοληστερόλη,
- η HDL-χοληστερόλη (η οποία αποκαλείται και «καλή χοληστερόλη»),
- η LDL-χοληστερόλη (ή «κακή χοληστερόλη») και
- τα τριγλυκερίδια.

Σημειώνεται ότι δεν υπάρχουν «φυσιολογικές» τιμές χοληστερόλης, αλλά όσο χαμηλότερα είναι τα επίπεδά της στο αίμα, τόσο ελαττώνεται ο κίνδυνος ανάπτυξης στεφανιαίας νόσου και αντιστρόφως.

Οι επιθυμητές τιμές για όλα τα λιπίδια (σε μέτρηση μετά από νηστεία τουλάχιστον 12 ωρών) είναι:

- λιγότερο από 190 mg% για την ολική χοληστερόλη,
- λιγότερο από 115 mg% για την LDL-χοληστερόλη,
- περισσότερο από 40 mg% της HDL-χοληστερόλη για τους άνδρες και 45 mg% για τις γυναίκες,
- λιγότερο από 150 mg% για τα τριγλυκερίδια.

Ωστόσο, πρέπει να επισημάνουμε ότι η χοληστερόλη αποτελεί απαραίτητο συστατικό της μεμβράνης των κυττάρων του ανθρώπινου οργανισμού και εκείνο που συνήθως βλάπτει είναι η αύξησή της πέρα από τα προαναφερθέντα όρια. Από τη χοληστερόλη που κυκλοφορεί στο αίμα ένα μέρος παράγεται από τον ίδιο τον οργανισμό, και συγκεκριμένα από το συκώτι, και ένα μέρος προσλαμβάνεται με τις τροφές.

Μερικοί άνθρωποι (2-4% του πληθυσμού) έχουν μία πάθηση που ονομάζεται οικογενής υπερχοληστερολαιμία, η οποία οφείλεται σε ένα γενετικό ελάττωμα και μπορεί να προκαλέσει μια ιδιαίτερα σημαντική αύξηση της ολικής και της LDL χοληστερόλης.

Η αυξημένη χοληστερόλη αποτελεί έναν από τους βασικότερους παράγοντες που συμβάλλουν στην γένεση ή και την εξέλιξη της

αρτηριοσκλήρυνσης, γνώση που έχει τεκμηριωθεί από πληθώρα μελετών που έχουν πραγματοποιηθεί τις τελευταίες δεκαετίες και ειδικά όταν συνδυάζεται με υψηλές τιμές LDL και χαμηλές τιμές HDL-χοληστερόλης. Σε ότι αφορά το ρόλο των τριγλυκεριδίων δεν υπάρχει απόλυτη ομοφωνία. Φαίνεται όμως ότι σε ορισμένες υποομάδες ασθενών, όπως π.χ. στις διαβητικές γυναίκες, αποτελούν ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου.

Η επιθετική αντιμετώπιση της υπερλιπιδαιμίας κρίνεται απόλυτα απαραίτητη στους ασθενείς στους οποίους η στεφανιαία νόσος έχει ήδη εκδηλωθεί (οπότε μιλάμε για δευτερογενή πρόληψη). Εκτός όμως από τους πάσχοντες, η σημαντική υπερλιπιδαιμία πρέπει να αντιμετωπίζεται και στους φαινομενικά υγιείς, ειδικά όταν αυτή συνυπάρχει με άλλους προδιαθεσικούς παράγοντες κινδύνου (πρωτογενής πρόληψη).[7].

Αντιμετώπιση της υπερλιπιδαιμίας

Η απόφαση σήμερα για την αντιμετώπιση ή μη της υπερχοληστερολαιμίας στηρίζεται κατά βάση στη τιμή της LDL χοληστερόλης και στο ιατρικό ιστορικό του ασθενούς.

Άτομα που πάσχουν από στεφανιαία νόσο, περιφερική αγγειοπάθεια ή σακχαρώδη διαβήτη, πρέπει να έχουν LDL μικρότερη από 100mg%, ενώ τα άτομα με δύο ή περισσότερους παράγοντες κινδύνου (π.χ. υπέρταση, κάπνισμα), έως 130 mg% και αυτά που δεν έχουν κανένα πρόβλημα πρέπει να έχουν LDL μικρότερη από 160mg%.

Σε κάθε περίπτωση τον ακρογωνιαίο λίθο της θεραπείας αποτελεί η σωστή διατροφή. Όπως ήδη αναφέρθηκε ένα μέρος της χοληστερόλης προσλαμβάνεται με τις τροφές. Τα λίπη των τροφών διακρίνονται σε δύο κυρίως τύπους: τα κεκορεσμένα και τα ακόρεστα. Τα κεκορεσμένα σε θερμοκρασία δωματίου είναι στερεά. Υπάρχουν κυρίως σε ζωικές τροφές, όπως το βούτυρο, το τυρί και το κόκκινο κρέας αλλά και σε μερικά φυτικά έλαια, όπως το λάδι της καρύδας. Τα κεκορεσμένα λίπη έχουν τη μεγαλύτερη συμμετοχή στη διαμόρφωση των επιπέδων της χοληστερόλης στο αίμα. Σχετικά με τα ακόρεστα, τα οποία σε θερμοκρασία δωματίου είναι συνήθως σε υγρή μορφή, υπάρχουν δύο υποκατηγορίες: τα πολυακόρεστα, στα οποία υπάγονται τα λίπη που περιέχονται σε ορισμένα φυτικά έλαια καθώς και στα ψάρια και τα μονοακόρεστα, στα οποία ανήκει το λάδι της ελιάς. Το ελαιόλαδο εκτός από την μείωση της ολικής χοληστερόλης αυξάνει και την HDL χοληστερόλη (σε αντίθεση με τα πολυακόρεστα φυτικά έλαια που την μειώνουν) και θεωρείται η καλύτερη πηγή λίπους για τον οργανισμό μας. Γενικά, σε έναν υγιινό τύπο διατροφής και εάν ο ιατρός δεν έχει δώσει διαφορετικές οδηγίες, η συνολική ημερήσια κατανάλωση λίπους δεν πρέπει να ξεπερνά το 30% των θερμίδων. Από αυτές λιγότερο από 10% πρέπει να καλύπτεται από κεκορεσμένα (ζωικά λίπη) και το υπόλοιπο 20% πρέπει να προέρχεται κυρίως από ελαιόλαδο.

Στις περιπτώσεις όμως που το επιθυμητό αποτέλεσμα δεν επιτυγχάνεται αποκλειστικά με την τροποποίηση της διατροφής και τη μείωση του σωματικού βάρους, τότε χορηγούνται υπολιπιδαιμικά φάρμακα, πάντα όμως σε συνδυασμό με την κατάλληλη δίαιτα. Η επίδραση της φαρμακευτικής μείωσης των λιπιδίων αποδείχθηκε ευνοϊκή και στις περιπτώσεις της δευτερογενούς και σε εκείνες της πρωτογενούς πρόληψης, όπου επιτεύχθηκε σημαντική μείωση της καρδιαγγειακής θνησιμότητας. Η επιθετική μείωση της ολικής χοληστερόλης δεν επιβραδύνει μόνο ή σταματά τον σχηματισμό νέων αρτηριακών πλάκων, αλλά μπορεί να προκαλέσει και μερική υποχώρηση της πλάκας που ήδη υπάρχει.

Η παρακολούθηση των ασθενών που λαμβάνουν υπολιπιδαιμικά φάρμακα πρέπει να γίνεται από τον θεράποντα καρδιολόγο, ο οποίος είναι και ο αρμόδιος για την επιλογή του κατάλληλου φαρμακευτικού σκευάσματος, την εκτίμηση του αποτελέσματος και την αναγνώριση των ενδεχόμενων ανεπιθύμητων ενεργειών από τη λήψη αυτών των φαρμάκων.

2.3.4. Κάπνισμα

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

Το κάπνισμα επηρεάζει την καρδιακή λειτουργία με τους πιο κάτω μηχανισμούς:

Έχει βρεθεί ότι η εισπνοή καπνού:

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

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

του μυοκαρδίου,

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

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

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

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

• να περιορίσει τις συνήθειες που έχουν συνδεθεί με το κάπνισμα, π.χ. τον πρωινό καφέ,

• να επιχειρήσει αλλαγή του ρυθμού και του τρόπου ζωής. Η γυμναστική, η ένταση της οποίας σε καρδιοπαθείς καθορίζεται απαραίτητα από τον θεράποντα καρδιολόγο, μπορεί να βοηθήσει σημαντικά,

• να αποφεύγει να μεταφέρει στις μετακινήσεις του τσιγάρα,

• να συζητά την πρόοδό του με προσφιλή του πρόσωπα,

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

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

Θεωρείται η παθολογική εκείνη κατάσταση στην οποία συσσωρεύεται

υπερβολική ποσότητα λίπους, κυρίως κάτω από το δέρμα, αλλά και σε διάφορα όργανα του σώματος. Οφείλεται σε συνδυασμό γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Στους φυσιολογικούς ενήλικες το λίπος κυμαίνεται μεταξύ του 12 και 20% του συνολικού βάρους του σώματος. Όταν χρησιμοποιείται το βάρος του σώματος ως δείκτης παχυσαρκίας, είναι ακριβέστερο να υπολογίζεται ο δείκτης μάζας σώματος [βάρος σε κιλά/(ανάστημα σε μέτρα)²] και να συγκρίνεται με τα τοπικά πρότυπα από ειδικούς πίνακες. Στα παχύσαρκα άτομα ο δείκτης μάζας σώματος είναι μεγαλύτερος του 30 (από 25-30 το άτομο θεωρείται υπέρβαρο).

Από κλινικές μελέτες έχει διαπιστωθεί ότι οι παχύσαρκοι άνδρες έχουν 2 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν στεφανιαία νόσο, ενώ οι παχύσαρκες γυναίκες 2,5 φορές. Η παχυσαρκία αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου, ο οποίος αυξάνεται περαιτέρω λόγω συχνής συνύπαρξης υπερλιπιδαιμίας, σακχαρώδους διαβήτη και αρτηριακής υπέρτασης.[17].

2.3.5. Παχυσαρκία

Θεωρείται η παθολογική εκείνη κατάσταση στην οποία συσσωρεύεται υπερβολική ποσότητα λίπους, κυρίως κάτω από το δέρμα, αλλά και σε διάφορα όργανα του σώματος. Οφείλεται σε συνδυασμό γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Στους φυσιολογικούς ενήλικες το λίπος κυμαίνεται μεταξύ του 12 και 20% του συνολικού βάρους του σώματος. Όταν χρησιμοποιείται το βάρος του σώματος ως δείκτης παχυσαρκίας, είναι ακριβέστερο να υπολογίζεται ο δείκτης μάζας σώματος [βάρος σε κιλά/(ανάστημα σε μέτρα)²] και να συγκρίνεται με τα τοπικά πρότυπα από ειδικούς πίνακες. Στα παχύσαρκα άτομα ο δείκτης μάζας σώματος είναι μεγαλύτερος του 30 (από 25-30 το άτομο θεωρείται υπέρβαρο). Από κλινικές μελέτες έχει διαπιστωθεί ότι οι παχύσαρκοι άνδρες έχουν 2 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν στεφανιαία νόσο, ενώ οι παχύσαρκες γυναίκες 2,5 φορές. Η παχυσαρκία αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου, ο οποίος αυξάνεται περαιτέρω λόγω συχνής συνύπαρξης υπερλιπιδαιμίας, σακχαρώδους διαβήτη και αρτηριακής υπέρτασης.

2.3.6. Απουσία σωματικής άσκησης

Η σωματική δραστηριότητα έχει αναγνωριστεί ως ένας μέγιστος προστατευτικός παράγοντας ενάντια στην ανάπτυξη και παθολογία της στεφανιαίας νόσου. Επιπλέον, η έλλειψη της έχει χαρακτηριστεί από τον Αμερικανική Ένωση Καρδιολογίας (American Heart Association) ως ένας από τους κυριότερους παράγοντες που προκαλούν καρδιακή πάθηση.

Επιδημιολογικές έρευνες έχουν αποδείξει την προστατευτική και θεραπευτική επίδραση της άσκησης ενάντια στη στεφανιαία νόσο καθώς και στην καταπολέμηση της υπέρτασης, της οστεοπόρωσης, του καρκίνου του μαστού και του εντέρου, της κατάθλιψης, του άγχους και του stress.

Το αίσθημα υγείας και ο τρόπος ζωής των ατόμων που υποστηρίζουν την

άσκηση ελαττώνουν τον κίνδυνο για καρδιακή πάθηση (έλεγχος βάρους, λογικές διαιτητικές συνήθειες, αποχή από το κάπνισμα κτλ).[21].

Οφέλη Τακτικής Άσκησης - Μηχανισμοί Πρόληψης Καρδιακών Παθήσεων:
Σε γενικές γραμμές η συστηματική άσκηση βελτιώνει την καρδιαγγειακή λειτουργία και αυξάνει την αντιθηρωτική ουσία μεταφοράς λίπους, την λιποπρωτεΐνης υψηλής πυκνότητας (HDL - καλή χοληστερίνη).

Ειδικότερα, η φυσική δραστηριότητα δρα ευεργετικά:

- * Βελτιώνει καρδιά και πνευμόνια
- * Μειώνει την αρτηριακή πίεση σε ηρεμία
- * Μειώνει το σωματικό λίπος
- * Μειώνει την ολική και κακή χοληστερίνη (LDL)
- * Αυξάνει την καλή χοληστερίνη (HDL)
- * Αυξάνει το επίπεδα ενέργειας
- * Αυξάνει την αντοχή στο stress και την κατάθλιψη
- * Ρυθμίζει και προλαμβάνει την ανάπτυξη σακχαρώδους διαβήτη
- * Ελαττώνει τον κίνδυνο για ορθοπεδικούς τραυματισμούς

Οδηγίες για Ασφαλή Άσκηση:

Συχνότητα -3-5 φορές την εβδομάδα

Διάρκεια -20-60 λεπτά

Ένταση (πόσο κουραστικό) - μέσα στην ενδεδειγμένη ζώνη Καρδιακής Συχνότητας[18].

2.3.7. Άγχος

Έχει αποδειχθεί, ότι η προσωπικότητα συμπεριφοράς τύπου A συντελεί στην ανάπτυξη της στεφανιαίας νόσου. Ο Friedman και ο Rosenman περιέγραψαν δύο προσωπικότητες συμπεριφοράς, τον τύπο A και τον τύπο B. Ο τύπος A χαρακτηρίζει ένα ιδιαίτερο τύπο ατόμων με επιθετικότητα, αυξημένη δραστηριότητα, συναγωνιστικότητα, καταθλιπτική συνείδηση και υπερβολική φιλοδοξία. Είναι άτομα αγχώδη, ανήσυχα, ανυπόμονα, με αυξημένο αίσθημα ευθύνης και υπερβολική πίεση του χρόνου. Ο τύπος B είναι αντίθετος του τύπου A. Αντιπροσωπεύει μια ομάδα ατόμων, που είναι εύκολοι, φιλικοί, γνωρίζουν τις ικανότητες τους, θέτουν προτεραιότητες, εργάζονται ήσυχα και διαθέτουν χρόνο για ξεκούραση. Σε μελέτη αναφέρεται ότι άτομα του τύπου A είχαν 6 φορές μεγαλύτερες πιθανότητες να αναπτύξουν στεφανιαία νόσο από ότι τα άτομα του τύπου B. Ο τύπος A συναντάται συχνότερα στους άνδρες και ιδιαίτερα σε αυτούς που κατέχουν υψηλές επαγγελματικές διοικητικές θέσεις. Γυναίκες επίσης που εργάζονται σε διοικητικές θέσεις παρουσιάζουν κάποια προδιάθεση σχετικά προς την προσωπικότητα τύπου A. Από μελέτη προκύπτει, ότι οι γυναίκες τύπου A εμφάνισαν διπλάσια επίπτωση στεφανιαίας νόσου και τριπλάσια στηθάγχης από τις γυναίκες τύπου B. Ανάμεσα στους άνδρες τύπου A υπήρξε διπλάσιος κίνδυνος στηθάγχης και εμφράγματος του μυοκαρδίου, συγκριτικά με τους άνδρες τύπου B.

2.3.8. Χρήση αντισυλληπτικών φαρμάκων:

Ο κίνδυνος στεφανιαίας νόσου παρουσιάζεται αυξημένος στις γυναίκες που λαμβάνουν αντισυλληπτικά δισκία, ειδικά όταν είναι παχύσαρκες και καπνίστριες. Στις περιπτώσεις αυτές αυξάνεται η πηκτικότητα του αίματος και επιταχύνεται η αρτηριοσκλήρυνση των στεφανιαίων αρτηριών. Μεταξύ των παρενεργειών που προκαλούνται από τη χρήση αντισυλληπτικών δισκίων συμπεριλαμβάνεται και η αρτηριακή υπέρταση. Έχει διαπιστωθεί ότι η αρτηριακή πίεση αυξάνεται κατά 10-15 χιλιοστά στήλης υδραργύρου σε γυναίκες που κάνουν χρήση αντισυλληπτικών δισκίων για 2-3 χρόνια.

Η α λιποπρωτεΐνη - [Lp(a)], το ινωδογόνο και η ομοκυστεΐνη, αποτελούν ουσίες που κυκλοφορούν στο αίμα και που έχουν αποκτήσει τα τελευταία χρόνια ιδιαίτερη σημασία σε ότι αφορά τη συμβολή τους στην αρτηριοσκλήρυνση των στεφανιαίων αρτηριών. Οι παραπάνω ουσίες θα πρέπει να προσδιορίζονται στο αίμα ασθενών που προσβάλλονται από πρώιμη στεφανιαία νόσο και στις περιπτώσεις που η στεφανιαία νόσος δεν μπορεί να αποδοθεί στους κλασικούς προαναφερθέντες παράγοντες κινδύνου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3
ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ

Μείωση της στεφανιαίας νόσου.

Είναι γενικά αποδεκτό ότι η καλύτερη αντιμετώπιση της στεφανιαίας νόσου είναι η πρόληψη της. Για να αποβεί επιτυχής μια προληπτική στρατηγική είναι απαραίτητη η γνώση των προδιαθεσικών παραγόντων που οδηγούν στην δημιουργία της αρτηριοσκλήρυνσης. Η καταπολέμηση (μείωση) των προδιαθεσικών παραγόντων, οδηγεί σε μείωση των στεφανιαίων επεισοδίων. [7].

Οι προδιαθεσικοί παράγοντες κίνδυνου που πρέπει απαραίτητα να μειώσουν οι στεφανιαίοι ασθενείς.

Η στεφανιαία νόσος βρίσκεται αρκετά συχνά σε άτομα που έχουν ένα ή περισσότερους προδιαθεσικούς παράγοντες ήτοι:

- 1 Ηλικία (άνδρες >45 ετών, γυναίκες > 55 ετών)
- 2 Θετικό οικογενειακό ιστορικό (εμφάνιση στεφανιαίας νόσου σε πατέρα ή αδελφό σε ηλικία κάτω από 55 ετών, σε μητέρα ή αδελφή σε ηλικία κάτω από 65 ετών)
- 3 Υπερχοληστεριναιμία (LDL-"κακή"- χοληστερίνη πάνω από 130mg/dl)
- 4 HDL χοληστερίνη (καλή χοληστερίνη) κάτω από 35 mg/dl. Εάν η HDL χοληστερίνη είναι πάνω από 60 mg/dl αφαιρείται ένας προδιαθεσικός παράγων
- 5 Σακχαρώδη διαβήτη
- 6 Αρτηριακή υπέρταση (πάνω από 140/90 mmHg)
- 7 Κάπνισμα
- 8 Παχυσαρκία

3.1. Πρωτογενής πρόληψη

Αφορά άτομα χωρίς στεφανιαία νόσο.

Από τα όσα μέχρι τώρα ανεφέρθησαν προκύπτει πως σε ένα μεγάλο μέρος της η στεφανιαία νόσος μπορεί να προληφθεί μέσω βελτιώσεως των προδιαθεσικών παραγόντων.

Η πρωτογενής πρόληψη εμπεριέχει όλες εκείνες τις ενέργειες που πρέπει να γίνουν σε επίπεδο κοινωνίας και αφορούν τις διατροφικές συνήθειες, την κοινωνική συμπεριφορά (όπως κάπνισμα, καθιστική ζωή, μείωση του άγχους κλπ.).

Ειδική αντιμετώπιση: Το βάρος της πρωτογενούς πρόληψης πρέπει να δίνεται σε άτομα που βρίσκονται εκτεθειμένα σε υψηλότερο κίνδυνο στεφανιαίας νόσου.

Τα άτομα αυτά ανήκουν σε μία από τις ακόλουθες 2 κατηγορίες

Άτομα με 1 παράγοντα κινδύνου αλλά σε πολύ υψηλά επίπεδα (π.χ. χοληστερόλη πάνω από 300 mg%, ή αρτηριακή υπέρταση με συνοδό υπερτροφία της αριστερής κοιλίας.)

Άτομα με δυο ή περισσότερους προδιαθεσικούς παράγοντες. Στις περιπτώσεις αυτές θα πρέπει να γίνεται αντιμετώπιση όλων των παραγόντων κινδύνου, και να μην εστιάζουμε στη θεραπεία ενός μόνον εξ αυτών, έστω και αν αυτός είναι ο πλέον έκδηλος. Στα άτομα αυτά μπορεί να γίνει η σύσταση για λήψη 50-100 mg ασπιρίνης ημερησίως, εκτός και εάν υπάρχει αντένδειξη για την χορήγηση της. [6]

Προληπτικός ιατρικός έλεγχος

Ο προληπτικός καρδιολογικός έλεγχος πρέπει να εξατομικεύεται με βάση το ατομικό και κυρίως οικογενειακό ιστορικό. Στην ηλικία 13-18 ετών πρέπει να ελέγχεται συστηματικά (1-2 φορές το χρόνο) το σωματικό βάρος, η αρτηριακή πίεση και η χοληστερίνη. Εάν υπάρχει ιστορικό οικογενούς υπερλιπιδαιμίας ή διαβήτη συνιστάται τακτικός έλεγχος των λιπιδίων και του σακχάρου. Στην ηλικία των 20-40 ετών πρέπει να ελέγχεται η αρτηριακή πίεση και κάθε δύο χρόνια να γίνεται έλεγχος για αυξημένη χοληστερίνη και σακχαρώδη διαβήτη. Στις ηλικίες 40-65 ετών, λόγω πλέον της συσσώρευσης των παραγόντων κινδύνου για το καρδιαγγειακό σύστημα, αλλά και των άλλων νοσημάτων φθοράς, καλό είναι ο έλεγχος να γίνεται κάθε χρόνο, καθώς προβλήματα όπως η αρτηριακή υπέρταση, η υπερλιπιδαιμία και ο σακχαρώδης διαβήτης, συνήθως παραμένουν σιωπηλά μέχρι να εκδηλωθούν οι επιπλοκές τους. Ο ιατρικός έλεγχος συμπληρώνεται με την εκτέλεση ηλεκτροκαρδιογραφήματος, δοκιμασίας κοπώσεως και ηχοκαρδιογραφήματος. Τέλος στην ηλικία άνω των 65 ετών ο καρδιολογικός έλεγχος πρέπει να είναι συστηματικότερος. [22]

3.2. Δευτερογενής πρόληψη

Με τον όρο δευτερογενής πρόληψη νοείται η εφαρμογή μέτρων για την αποτροπή της υποτροπής νέων ισχαιμικών επεισοδίων ή της εμφάνισης νέου εμφράγματος, δηλαδή αφορά άτομα με εκδηλωμένη στεφανιαία νόσο.

Στα άτομα αυτά η πιθανότητα ενός μελλοντικού επεισοδίου εμφράγματος ή ακόμα και αιφνίδιου θανάτου είναι πολύ μεγάλη. Έτσι, η πρόγνωση του στεφανιαίου αρρώστου είναι το πλέον κρίσιμο πρόβλημα

Ειδική προσέγγιση του στεφανιαίου αρρώστου από πλευράς δευτερογενούς πρόληψης:

Φαρμακευτική

Για τον άρρωστο που βρίσκεται σε μια ήρεμη σχετικά φάση μετά από ένα στεφανιαίο επεισόδιο, στόχος της θεραπευτικής αγωγής είναι η παράταση της επιβίωσης και η ποιότητα ζωής. Έχουν χρησιμοποιηθεί πολλά φάρμακα στην προσπάθεια μείωσης των θανάτων και αύξησης της επιβίωσης. Από αυτά μόνον η ασπιρίνη, οι β-αναστολείς και τα υπολιπιδαιμικά φάρμακα έχουν αποδείξει ότι η χορήγησή τους συνοδεύεται από βελτίωση της επιβίωσης.

Η ασπιρίνη πρέπει να χορηγείται δια βίου, αν δεν υπάρχουν αντενδείξεις, σε κάθε στεφανιαίο άρρωστο. Η δόση κυμαίνεται από 75-100 mg. Η ασπιρίνη έχει βρεθεί ότι μειώνει τα ποσοστά νέου εμφράγματος ή θανάτου κατά 25%.

Οι β-αναστολείς βελτιώνουν την πρόγνωση σε μετεμφραγματικούς αρρώστους, δεν είναι όμως γνωστή τυχόν ευνοϊκή δράση τους σε σταθερή στηθάγχη, πέραν του αντιστηθαγχικού τους αποτελέσματος.

Η υπολιπιδαιμική αγωγή έχει αποδειχθεί ότι μειώνει τον αριθμό των νέων στεφανιαίων επεισοδίων, και βελτιώνει τη στεφανιαία και ολική θνησιμότητα. Στόχος θα πρέπει να είναι η μείωση της ολικής χοληστερόλης κάτω από 200

mg/dl (με την LDL χοληστερόλη < 100 mg/dl). Ο στόχος αυτός θα απαιτήσει σε πολλούς αρρώστους τη χορήγηση υπολιπιδαιμικών φαρμάκων (κυρίως στατινών).[6]

Τροποποίηση άλλων παραγόντων κινδύνου:

Η καταπολέμηση τους πρέπει να είναι επιτακτική, συνεχής και έντονη. Τονίζετε ιδιαίτερα η διακοπή του καπνίσματος. Οι καπνιστές πρέπει να διακόπτουν το κάπνισμα. Θα πρέπει να τονίζεται στον ασθενή ότι μετά την αρχική διακοπή του καπνίσματος κατά το οξύ στάδιο, δεν θα πρέπει να καπνίσει ξανά ούτε ένα τσιγάρο.

Πρέπει να συνιστάται διατροφή πτωχή σε κορεσμένα λίπη, με υψηλό ποσοστό πολυακόρεστων λιπών και πολλά φρούτα και λαχανικά (Μεσογειακή διατροφή).



3.3. Τριτογενής πρόληψη

Η τριτογενής πρόληψη περιλαμβάνει τις οδηγίες που δίνονται στους στεφανιαίους ασθενείς μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο.

Συνήθως, μόλις ο ασθενής εξέλθει από το νοσοκομείο έχει αγωνία για το πώς θα είναι η ζωή του μετά το καρδιακό επεισόδιο. Σε αυτή τη φάση είναι πολύ σημαντικός ο ρόλος του καρδιολόγου, ο οποίος σε συνδυασμό με το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς οφείλει να καθησυχάζει και να στηρίζει ψυχολογικά τον ασθενή, έτσι ώστε να επιτευχθεί το συντομότερο δυνατόν και με τον ομαλότερο τρόπο η κοινωνική του επανένταξη.

Γενικά, την πρώτη εβδομάδα μετά την έξοδό του ο ασθενής πρέπει να παραμένει στο σπίτι και να αποφεύγει το άγχος, τις συγκινήσεις καθώς και κάθε

έντονη σωματική προσπάθεια. Μετά την πρώτη εβδομάδα μπορεί να βγαίνει από το σπίτι του και να βαδίζει συνολικά 500 περίπου μέτρα, με ρυθμό βαδίσματος που να επιτρέπει την κάλυψη της απόστασης σε 10 περίπου λεπτά. Η σωματική άσκηση πρέπει να γίνεται μακριά από τα γεύματα και σε ώρες που δεν επικρατεί υπερβολικό κρύο ή ζέστη. Επισημαίνεται ότι η σωματική άσκηση πρέπει να συνοδεύεται από σωματική ευεξία. Εάν κατά τη διάρκειά της εμφανιστούν δύσπνοια ή στηθάγχη, ο ασθενής πρέπει οπωσδήποτε να το αναφέρει στον θεράποντα καρδιολόγο. Επίσης, καλό είναι οι σφύξεις κατά τη διάρκεια της άσκησης να μην υπερβαίνουν τις 120 το λεπτό. Από τη δεύτερη εβδομάδα η απόσταση μπορεί να αυξηθεί στα 1000 μέτρα (σε 15-20 λεπτά) και κατόπιν, για τις επόμενες δύο εβδομάδες, εφόσον δεν υπάρξει κανένα πρόβλημα, στα 2000 μέτρα (σε 30 περίπου λεπτά). Ο τελικός στόχος είναι η καθημερινή κάλυψη συνολικά 5 περίπου χιλιομέτρων τέσσερις εβδομάδες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο. Επίσης, όταν ο ασθενής φθάσει σε αυτό το επίπεδο σωματικής δραστηριότητας χωρίς προβλήματα, μπορεί να επιλέξει χωρίς όμως υπερβολές, ειδικά στην αρχή και άλλα είδη άσκησης της αρεσκείας του, όπως το κολύμπι.

Η οδήγηση επιτρέπεται στις περιπτώσεις χωρίς επιπλοκές μετά τον πρώτο μήνα, αν και ορισμένοι ισχυρίζονται ότι και μία εβδομάδα μετά το έμφραγμα είναι ασφαλής.

Αεροπορικό ταξίδι επιτρέπεται τουλάχιστον δύο εβδομάδες μετά την κλινική σταθεροποίηση του ασθενούς.

Η σεξουαλική δραστηριότητα επιτρέπεται τουλάχιστον 10 ημέρες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.

Ένα ερώτημα, επίσης, που συχνά θέτουν οι ασθενείς που υπέστησαν έμφραγμα του μυοκαρδίου, αλλά και γενικότερα οι ασθενείς που πάσχουν από στεφανιαία νόσο, είναι εάν επιτρέπεται η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών. Έχει αποδειχθεί από μελέτες σε μεγάλες ομάδες πληθυσμού ότι η μέτρια κατανάλωση αλκοολούχων ποτών, π.χ. 1-2 ποτήρια κρασί με τα κύρια γεύματα όχι μόνο δεν βλάπτει, αλλά ασκεί και καρδιοπροστασία, πιθανότατα μέσω της ευνοϊκής δράσης στα λιπίδια και την πηκτικότητα του αίματος.

Σε ό,τι έχει σχέση με τη δυνατότητα και το χρόνο επιστροφής του ασθενούς στην εργασία του, αυτό σαφώς εξαρτάται από το είδος της εργασίας και από τη βαρύτητα του καρδιακού επεισοδίου. Καθοριστικά για τη λήψη της παραπάνω απόφασης είναι τα αποτελέσματα της δοκιμασίας κοπώσεως, η οποία θα μας πληροφορήσει για την ικανότητα του ασθενούς προς άσκηση. Γενικά, οι ασθενείς θα επιστρέψουν στην εργασία τους εντός δύο μηνών σε ποσοστό που κυμαίνεται στις διάφορες μελέτες από 60 έως 90% των περιπτώσεων. Επισημαίνεται ότι σε ειδικές περιπτώσεις π.χ. πιλότοι και οδηγοί μέσων μαζικής μεταφοράς, χρειάζεται ειδική εκτίμηση και σε κάθε κράτος υπάρχει νομοθεσία που αναφέρεται σε αυτές τις ειδικές περιπτώσεις.

Πρέπει όμως να επισημανθεί ότι καμία επεμβατική μέθοδος (όπως η αγγειοπλαστική και το By-pass) δεν θεραπεύει τη στεφανιαία νόσο, αλλά απλά

τροποποιεί τη φυσική της πορεία. Η ουσιαστικότερη παρέμβαση είτε στη γένεση της στεφανιαίας νόσου, είτε στην αντιμετώπισή της επιτυγχάνεται με την τροποποίηση εκείνων των παραγόντων κινδύνου, που προδιαθέτουν στην εμφάνιση της αρτηριοσκλήρυνσης αλλά και στην υποστροφή της, όταν ήδη έχει εκδηλωθεί.[5].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4
Αντιμετώπιση της στεφανιαίας νόσου

Αντιμετώπιση της στεφανιαίας νόσου

Η Σ.Ν. αντιμετωπίζεται είτε φαρμακευτικά, είτε χειρουργικά ή με διαδερμική στεφανιαία αγγειοπλαστική (PTCA).

4.1. Φαρμακευτική αντιμετώπιση

Χορήγηση νιτρωδών, ανταγωνιστών των διαύλων ασβεστίου, β-αναστολέων και συμπληρωματικά χορηγείται ασπιρίνη.

Με την φαρμακευτική αγωγή αντιμετωπίζεται η σταθερή στηθάγχη. Είναι επίσης αποτελεσματική και στην ασταθή στηθάγχη την οποία μετατρέπει σε σταθερή. Μετά την σταθεροποίηση της κατάστασης ακολουθεί η στεφανιογραφία και αναλόγως των ευρημάτων αποφασίζεται το είδος της αντιμετώπισης.[20].

4.2. Στεφανιαία αγγειοπλαστική-διαδερμική (PTCA)

Αποτελεί θεραπευτική, μη εγχειρητική μέθοδο αντιμετώπισης της Σ.Ν., με αποτελεσματικότητα που πλησιάζει το 90% σε επιλεγμένα κέντρα.

Ενδείξεις

- Στεφανιαία νόσος ενός αγγείου
- Σταθερή στηθάγχη
- Στεφανιαία νόσος πολλών αγγείων, με πιθανότητα επιτυχίας το 60% σε ειδικά κέντρα
- Ασταθή στηθάγχη, σε ειδικά κέντρα, υπό καρδιοχειρουργική επίβλεψη και υποστήριξη

Επιπλοκές

- Διαχωρισμός: μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρή μυοκαρδιακή ισχαιμία και να απαιτηθεί επείγουσα αορτοστεφανιαία παράκαμψη
- Εμβολή σε περιφερικότερα τμήματα του αγγείου
- Απόφραξη κλάδων που ξεκινούν από το σημείο της στένωσης
- Διάτρηση ή ρήξη στεφανιαίας αρτηρίας και να απαιτηθεί επείγουσα αορτοστεφανιαία παράκαμψη
- Επαναστένωση

4.3 Χειρουργική αντιμετώπιση-αορτοστεφανιαία παράκαμψη (CABG)

Ενδείξεις

- Νόσος στελέχους ή στομίου της αριστεράς στεφανιαίας αρτηρίας (ΑΣΑ)
- Νόσος 2 ή 3 αγγείων και συνοδό δυσλειτουργία της αριστεράς κοιλίας

- Κεντρική στένωση του πρόσθιου κατιόντα κλάδου της ΑΣΑ
- Ασταθής στηθάγχη και νόσος 2 ή 3 αγγείων και χαμηλό κλάσμα εξώθησης της αριστεράς κοιλίας
- Νόσος 2 ή 3 αγγείων με συνοδό στηθάγχη ανθεκτική στη φαρμακευτική αγωγή
- Σ.Ν. και μηχανική επιπλοκή οξέος εμφράγματος μυοκαρδίου (Ο.Ε.Μ.)
- Σ.Ν. και αρρυθμίες ισχαιμικής αιτιολογίας
- Ο.Ε.Μ.
- Ανεπιτυχής PTCA

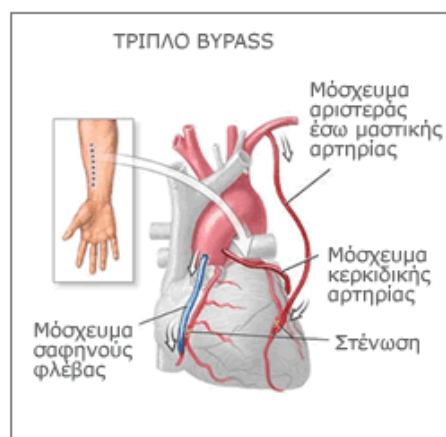
Αντενδείξεις

- Όταν δεν υπάρχει βιώσιμο μυοκάρδιο κατά τον σπινθηρογραφικό έλεγχο με θάλλιο
- Όταν η στηθάγχη οφείλεται σε σπασμό των στεφανιαίων αρτηριών (τύπου Prinzmetal)
- Δεξιά καρδιακή κάμψη
- Συνυπάρχον κακόηθες νεόπλασμα με βραχύ προσδόκιμο επιβίωσης.[19].

Μοσχεύματα που χρησιμοποιούνται για την επαναιμάτωση του μυοκαρδίου είναι η αριστερά έσω μαστική αρτηρία (LIMA), η δεξιά μαστική αρτηρία, η γαστροεπιπλοϊκή αρτηρία, η κερκιδική αρτηρία και η μείζωνα σαφηνής φλέβα.

Τα βασικά μοσχεύματα που χρησιμοποιούνται σήμερα για τις παρακάμψεις είναι:

- 1) Αρτηρικά (αριστερά έσω μαστική αρτηρία, δεξιά έσω μαστική αρτηρία, κερκιδική αρτηρία)
- 2) φλεβικά από την μείζωνα σαφηνή φλέβα που βρίσκεται στο πόδι



ΕΝΟΤΗΤΑ Β-ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5
ΜΕΘΟΔΟΣ ΚΑΙ ΥΛΙΚΟ

5.1. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Εισαγωγή

Η στεφανιαία νόσος αποτελεί μία από τις συνηθέστερες παθήσεις της καρδιάς. Σε πολλές χώρες αποτελεί την κυριότερη αιτία θανάτου σε άνδρες και γυναίκες.

Οι καρδιαγγειακοί παράγοντες κινδύνου έχουν αποδεδειγμένη πλέον συσχέτιση τόσο με αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα από παθήσεις της καρδιάς (π.χ. στεφανιαία νόσος) όσο και από παθήσεις των αγγείων (π.χ. αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια).

Οι καρδιαγγειακοί παράγοντες κινδύνου διακρίνονται στους τροποποιήσιμους, αυτούς δηλαδή που μπορούν να τροποποιηθούν (π.χ. η υψηλή χοληστερόλη αίματος, η υψηλή αρτηριακή πίεση, το κάπνισμα, ο σακχαρώδης διαβήτης, η παχυσαρκία κ.ά.) και στους μη τροποποιήσιμους, αυτούς δηλαδή που δεν μπορούν να τροποποιηθούν (π.χ. η ηλικία, το φύλο, η κληρονομικότητα) (Medlook, 2009).

5.2. Σπουδαιότητα θέματος

Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, το 1/3 του συνόλου των θανάτων παγκοσμίως αποδίδεται στα καρδιαγγειακά νοσήματα. (16,7 εκατομμύρια θάνατοι). Η στεφανιαία νόσος ευθύνεται για το 50% περίπου των θανάτων αυτών.

Στις ΗΠΑ ο επιπολασμός της στεφανιαίας νόσου το 2002 έφτανε στο 6,9% ενώ η επίπτωση ανερχόταν σε 442,5 ανά 100.000 άτομα. (Κουρλαμπά, 2005). Στην Ευρωπαϊκή Ένωση η στεφανιαία νόσος ευθύνεται για περίπου 744.000 θανάτους ετησίως. Πιο συγκεκριμένα το 17% των θανάτων στους άνδρες και το 15% των θανάτων στις γυναίκες οφείλεται στη στεφανιαία νόσο (British Heart Foundation, 2005).

Στην Ελλάδα 8.500 Έλληνες περίπου πεθαίνουν ετησίως από τη στεφανιαία νόσο και τις επιπλοκές της ενώ 40000 περίπου νέα περιστατικά στεφανιαίας νόσου προστίθενται κάθε χρόνο στα ήδη υπάρχοντα. Η Ελλάδα είναι, δυστυχώς, η πρώτη χώρα μεταξύ των χωρών της δυτικής Ευρώπης σε θανάτους που οφείλονται στη στεφανιαία νόσο (Κρεμαστινός, 2009).

Η συγκεκριμένη διερευνητική μελέτη ευελπιστούμε να συμβάλει στην ανίχνευση και αποτύπωση ενός επιδημιολογικού προφίλ του αστικού και αγροτικού πληθυσμού του Νομού Ηρακλείου, προκειμένου να βοηθήσει στην ανάπτυξη συγκεκριμένων παρεμβάσεων για την μείωση των παραγόντων εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων.

5.3. Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση του κινδύνου ανάπτυξης στεφανιαίας νόσου στον αστικό και αγροτικό πληθυσμό του νομού Ηρακλείου.

Επιμέρους στόχοι της διερευνητικής μελέτης ήταν:

- 1 Η διερεύνηση των γνώσεων του αστικού και αγροτικού πληθυσμού για τους προδιαθεσικούς παράγοντες κινδύνου στεφανιαίας νόσου
- 2 Η καταγραφή της στάσης και της συμπεριφοράς του αστικού και αγροτικού πληθυσμού απέναντι στους παράγοντες κινδύνου της στεφανιαίας νόσου

5.4. Ερευνητικά ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα που διερευνήθηκαν ήταν:

1. Ποιος είναι ο πιθανός κίνδυνος εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων στον αστικό και αγροτικό πληθυσμό του νομού Ηρακλείου;
2. Ποιες είναι οι γνώσεις που έχει ο αστικός και αγροτικός πληθυσμός σχετικά με τους προδιαθεσικούς παράγοντες κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων;
3. Ποια είναι η συμπεριφορά του αγροτικού και αστικού πληθυσμού σε σχέση με τους προδιαθεσιακούς παράγοντες κινδύνου καρδιαγγειακών νοσημάτων;

5.5. Χρόνος και τόπος διεξαγωγής μελέτης

Η συγκεκριμένη διερευνητική μελέτη διενεργήθηκε σε άτομα που προσήλθαν στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου και στο Βενιζέλειο Νοσοκομείο κατά το χρονικό διάστημα Ιουλίου – Οκτωβρίου 2008.

5.6. Επιλογή δείγματος – Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Πληθυσμός στόχος της συγκεκριμένης μελέτης ήταν ο αγροτικός και αστικός πληθυσμός, στον οποίο δεν έχει διαγνωσθεί κάποιο καρδιαγγειακό νόσημα.

Πληθυσμό πρόσβασης αποτέλεσαν οι ασθενείς που προσήλθαν σε τμήματα του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου και του Βενιζελείου Νοσοκομείου κατά το χρονικό διάστημα Ιουλίου – Οκτωβρίου 2008.

Το δείγμα αποτέλεσαν ασθενείς που νοσηλεύονταν σε διάφορα τμήματα του Νοσοκομείου κατά τις ημέρες επίσκεψης μας στα συγκεκριμένα Νοσοκομεία. Το δείγμα επελέγη με τυχαίο τρόπο από τα κάρτες νοσηλείας των ασθενών αφού πρώτα είχε προσδιοριστεί ο αριθμός των ερωτηματολογίων που θα διανέμονταν σε κάθε τμήμα.

Βασικό κριτήριο εισόδου στη μελέτη αποτελούσε η μη διάγνωση κάποιου καρδιαγγειακού νοσήματος μέχρι την ημέρα συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου

καθώς και η διαμονή σε αστική ή αγροτική περιοχή του Νομού Ηρακλείου.

Για αυτό το λόγο απορρίφθηκαν όλοι οι ασθενείς που νοσηλεύονταν σε καρδιολογικά τμήματα (Καρδιολογικό τμήμα, Στεφανιαία Μονάδα κ.ά.) καθώς και ασθενείς που διέμεναν σε περιοχές εκτός Νομού Ηρακλείου.

Διανεμήθηκαν τελικά 162 ερωτηματολόγια και συμπληρώθηκαν 150 (δείκτης ανταπόκρισης: 92,6%) με την μέθοδο της προσωπικής συνέντευξης.

5.7. Ερευνητικό εργαλείο

Για την εκπόνηση της διερευνητικής μελέτης δημιουργήθηκε ερωτηματολόγιο από το οποίο προήλθε και η κωδικοποίηση (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α), το οποίο προήλθε από ένα υπάρχον υπολογιστικό μοντέλο μέτρησης κινδύνου ανάπτυξης στεφανιαίας νόσου σύμφωνα με υπολογιστικό αλγόριθμο που ανέδειξε η μελέτη Framingham Heart Study της Αμερικανικής Καρδιολογικής Εταιρείας.

(<http://www.nhlbinih.gov/about/framinham>).

Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε ερωτήσεις:

- 1 για τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων (φύλο, ηλικία, επαγγελματική ενασχόληση κ. ά.),
- 2 για την εκτίμηση των γνώσεων τους σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων (υπέρταση, παχυσαρκία, διατροφή κ.ά.)
- 3 για συνήθειες και έξεις των ερωτηθέντων (κάπνισμα, σωματική άσκηση κ.ά.) καθώς και
- 4 για την ύπαρξη προδιαθεσικών παραγόντων εμφάνισης κάποιου καρδιαγγειακού νοσήματος (κληρονομικότητα, σακχαρώδη διαβήτης, κ.ά.)

5.8. Δεοντολογία έρευνας

Η διανομή και συμπλήρωση των ερωτηματολογίων επιτεράπη έπειτα από έγκριση της Διοίκησης του Πα.Γ.Ν.Η. και του Βενιζελείου Νοσοκομείου, μετά από σχετικές αιτήσεις που είχαν υποβληθεί προκειμένου να επιτραπεί η εκπόνηση της συγκεκριμένης διερευνητικής μελέτης (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ).

5.9. Πιλοτική εφαρμογή

Πριν την διανομή των ερωτηματολογίων εδόθησαν πιλοτικά 10 ερωτηματολόγια σε ασθενείς των δύο Νοσοκομείων προκειμένου να διαπιστωθεί η σαφήνεια των ερωτήσεων, τυχόν προβλήματα κατανόησης των ερωτήσεων καθώς και ο χρόνος συμπλήρωσης τους.

Από την διαδικασία της πιλοτικής εφαρμογής των ερωτηματολογίων δεν προέκυψαν προβλήματα στην κατανόηση των ερωτήσεων, δεν χρειάστηκε να γίνουν διευκρινίσεις σε κάποιες ερωτήσεις και προσδιορίστηκε ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου στα 12 min.

5.10. Στατιστική ανάλυση

Τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων καταχωρήθηκαν σε ηλεκτρονική βάση δεδομένων (υπολογιστικό φύλλο Excel, Microsoft Office –version 2003) και υπολογίστηκαν οι απόλυτες και σχετικές συχνότητες, που εκφράστηκαν σε απόλυτους αριθμούς και ποσοστά ενώ για τις συνεχείς μεταβλητές υπολογίστηκε ο μέσος όρος.

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), Mann-Whitney και t-test. Σε όλες τις στατιστικές δοκιμασίες θεωρήθηκε ως στατιστικά σημαντικό το (2-tailed) $P < 0,05$. (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το 47,3% των ερωτηθέντων ήταν άνδρες και το 52,7% γυναίκες.

Ο μέσος όρος ηλικίας των ερωτηθέντων ήταν 47,8 έτη ενώ το 50,7% διέμεναν σε αστική περιοχή και το 49,3% σε αγροτική περιοχή.

Όπως φαίνεται στο Πίνακα 1, το 15,3% ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 17,3% ήταν δημόσιοι υπάλληλοι, το 18% ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες, το 26% ήταν αγρότες και κτηνοτρόφοι και το 23,3% είχαν κάποια άλλη ενασχόληση (π.χ. οικιακά, φοιτητές κ.ά.).

Πίνακας 1

Επαγγελματική ενασχόληση	Συχνότητα	Ποσοστό
Ιδιωτικός υπάλληλος	23	15,3%
Δημόσιος υπάλληλος	26	17,3%
Ελεύθερος επαγγελματίας	27	18%
Αγρότες	39	26%
Κάτι άλλο (οικιακά, φοιτητές κ.ά.)	35	23,3%

Στον Πίνακα 2, το 50% των ερωτηθέντων θεωρούν ότι η ηλικία αποτελεί πολύ σημαντικό παράγοντα για την εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου. Ωστόσο αποδεικνύεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ($p=0,047$) ανάμεσα στον τόπο διαμονής του πληθυσμού και στην εκτίμηση της ηλικίας ως προδιαθεσικού παράγοντα καρδιαγγειακών νοσημάτων (παράρτημα Β, πίνακας 1). Το 60,6% του αστικού πληθυσμού θεωρεί ότι η ηλικία είναι παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση κάποιου καρδιαγγειακού νοσήματος ενώ την ίδια άποψη έχει μόλις το 39,3% του αγροτικού πληθυσμού.

Πίνακας 2

	Ηλικία ως προδιαθεσικός παράγοντας καρδιαγγειακής νόσου										Σύνολο
	Λίγο σημαντικός				Σημαντικός			Πολύ σημαντικός			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
% αστικού πληθυσμού	,0%	,0%	2,6%	2,6%	13,2%	6,6%	14,5%	38,2%	15,8%	6,6%	100,0%
% αγροτικού πληθυσμού	1,4%	1,4%	1,4%	2,7%	17,6%	16,2%	20,3%	12,2%	17,6%	9,5%	100,0%
% συνόλου	,7%	,7%	2,0%	2,7%	15,3%	11,3%	17,3%	25,3%	16,7%	8,0%	100,0%

Στον Πίνακα 3, για το 28% των ερωτηθέντων (27,6% του αστικού πληθυσμού και 28,4% του αγροτικού πληθυσμού) το φύλο αποτελεί πολύ σημαντικό προδιαθεσικό παράγοντα για την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Πίνακας 3

	Φύλο ως προδιαθεσικός παράγοντας καρδιαγγειακής νόσου										Σύνολο
	Λίγο σημαντικός				Σημαντικός			Πολύ σημαντικός			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
% αστικού πληθυσμού	5,3%	2,6%	3,9%	6,6%	15,8%	17,1%	21,1%	17,1%	6,6%	3,9%	100%
% αγροτικού πληθυσμού	2,7%	4,1%	6,8%	10,8%	18,9%	17,6%	10,8%	24,3%	1,4%	2,7%	100%
% συνόλου	4%	3,3%	5,3%	8,7%	17,3%	17,3%	16%	20,7%	4%	3,3%	100%

Στον Πίνακα 4, το 78% των ερωτηθέντων επίσης θεωρεί ότι η υπέρταση αποτελεί πολύ σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση κάποιας καρδιαγγειακής νόσου. Το 86,9% του αστικού πληθυσμού γνωρίζει ότι η υπέρταση συνιστά παράγοντα κινδύνου ενώ το αντίστοιχο ποσοστό του αγροτικού πληθυσμού ανέρχεται στο 68,9%, γεγονός που αποδεικνύει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p=0,002$) μεταξύ του τόπου διαμονής και της εκτίμησης της υπέρτασης ως παράγοντα κινδύνου καρδιαγγειακών νοσημάτων. (παράρτημα Β, πίνακας 2)

Πίνακας 4

	Υπέρταση ως προδιαθεσικός παράγοντας καρδιαγγειακής νόσου								Σύνολο
	Λίγο σημαντικός		Σημαντικός			Πολύ σημαντικός			
	4	5	6	7	8	9	10		
% αστικού πληθυσμού	2,6%	2,6%	3,9%	3,9%	30,3%	26,3%	30,3%	100,0%	
% αγροτικού πληθυσμού	0%	1,4%	5,4%	24,3%	33,8%	24,3%	10,8%	100,0%	
% συνόλου	1,3%	2,0%	4,7%	14,0%	32,0%	25,3%	20,7%	100,0%	

Στον Πίνακα 5, η κακή διατροφή θεωρείται πολύ σημαντικός προδιαθεσικός παράγοντας καρδιαγγειακών νοσημάτων από το 69,4% των ερωτηθέντων. Πιο συγκεκριμένα το 76,3% του αστικού πληθυσμού και το 62,2% του αγροτικού πληθυσμού θεωρούν την κακή διατροφή ως ιδιαίτερα σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Πίνακας 5

	Κακή διατροφή ως προδιαθεσικός παράγοντας καρδιαγγειακής νόσου										Σύνολο
	Λίγο σημαντικός				Σημαντικός			Πολύ σημαντικός			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
% αστικού πληθυσμού	0%	0%	0%	0%	2,6%	3,9%	17,1%	22,4%	28,9%	25%	100%
% αγροτικού πληθυσμού	0%	0%	0%	1,4%	4,1%	17,6%	14,9%	25,7%	16,2%	20,3%	100%
% συνόλου	0%	0%	0%	0,7%	3,3%	10,7%	16%	24%	22,7%	22,7%	100%

Στον Πίνακα 6, η παχυσαρκία επίσης αναφέρεται από το 87,3% των ερωτηθέντων ως πολύ σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων. Ωστόσο φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ($p=0,010$) μεταξύ του τύπου διαμονής και της εκτίμησης της παχυσαρκίας ως προδιαθεσικού παράγοντα (παράρτημα Β, πίνακας 3), καθώς το 90,8% του αστικού πληθυσμού τη θεωρεί πολύ σημαντικό προδιαθεσικό παράγοντα για την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στον αγροτικό πληθυσμό ανέρχεται στο 83,8%.

Πίνακας 6

	Παχυσαρκία ως προδιαθεσικός παράγοντας καρδιαγγειακής νόσου										Σύνολο
	Λίγο σημαντικός				Σημαντικός			Πολύ σημαντικός			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
% αστικού πληθυσμού	1,3%	0%	0%	0%	2,6%	1,3%	3,9%	13,2%	28,9%	48,7%	100,0 %
% αγροτικού πληθυσμού	0%	0%	0%	0%	0%	1,4%	14,9%	27,0%	31,1%	25,7%	100,0 %
% συνόλου	,7%	0%	0%	0%	1,3%	1,3%	9,3%	20,0%	30,0%	37,3%	100,0 %

Στον Πίνακα 7, ο σακχαρώδης διαβήτης επίσης θεωρείται ως πολύ σημαντικός παράγοντας για την εμφάνιση καρδιαγγειακού νοσήματος από το 67,3% των ερωτηθέντων. Ωστόσο και εδώ αποδεικνύεται να υπάρχει μία στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p=0,035$) μεταξύ του τύπου διαμονής και της εκτίμησης του ως προδιαθεσικού παράγοντα κινδύνου (παράρτημα Β, πίνακας 4) καθώς ενώ το 77,7% του αστικού πληθυσμού θεωρεί πολύ σημαντικό τον σακχαρώδη διαβήτη για την εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου το αντίστοιχο ποσοστό του αγροτικού πληθυσμού ανέρχεται μόλις σε 56,8%.

Πίνακας 7

	Σακχαρώδης διαβήτης ως προδιαθεσικός παράγοντας καρδιαγγειακής νόσου								
	Λίγο σημαντικός		Σημαντικός			Πολύ σημαντικός			
	2	4	5	6	7	8	9	10	
% αστικού πληθυσμού	1,3%	,0%	1,3%	6,6%	13,2%	15,8%	31,6%	30,3%	100,0%
% αγροτικού πληθυσμού	,0%	2,7%	8,1%	12,2%	20,3%	20,3%	14,9%	21,6%	100,0%
% συνόλου	,7%	1,3%	4,7%	9,3%	16,7%	18,0%	23,3%	26,0%	100,0%

Στον Πίνακα 8, η λήψη αντισυλληπτικών θεωρείται μόλις από το 28,7% (από το 36,9% του αστικού πληθυσμού και από το 20,3% του αγροτικού πληθυσμού) των ερωτηθέντων ως πολύ σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Πίνακας 8

	Λήψη αντισυλληπτικών ως προδιαθεσικός παράγοντας καρδιαγγειακής νόσου										
	Λίγο σημαντικός			Σημαντικός				Πολύ σημαντικός			Σύνολο
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
% αστικού πληθυσμού	3,9%	1,3%	6,6%	10,5%	14,5%	13,2%	13,2%	21,1%	14,5%	1,3%	100%
% αγροτικού πληθυσμού	1,4%	9,5%	8,1%	2,2%	23%	16,2%	9,5%	8,1%	8,1%	4,1%	100%
% συνόλου	2,7%	5,3%	7,3%	11,3%	18,7%	14,7%	11,3%	14,7%	11,3%	2,7%	100%

Στον Πίνακα 9, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (76%) θεωρεί ότι το στρες αποτελεί πολύ σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων. Πιο συγκεκριμένα το 80,2% του αστικού πληθυσμού έχει την παραπάνω άποψη ενώ την ίδια άποψη συμμερίζεται και το 72,6% του αγροτικού πληθυσμού.

Πίνακας 9

	Stress ως προδιαθεσικός παράγοντας καρδιαγγειακής νόσου										Σύνολο
	Λίγο σημαντικός				Σημαντικός			Πολύ σημαντικός			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
% αστικού πληθυσμού	0%	0%	0%	0%	3,9%	3,9%	11,8%	10,5%	35,5%	34,2%	100%
% αγροτικού πληθυσμού	0%	0%	0%	1,4%	6,8%	9,5%	10,8%	18,9%	24,3%	28,4%	100%
% συνόλου	0%	0%	0%	0,7%	5,3%	6,7%	11,3%	14,7%	30%	31,3%	100%

Στον Πίνακα 10, η συντριπτική πλειοψηφία (91,3%) των ερωτηθέντων επίσης θεωρεί ότι το κάπνισμα αποτελεί πολύ σημαντικό προδιαθεσικό παράγοντα για την εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου. Αποδεικνύεται επίσης ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ($p < 0,001$) μεταξύ του τόπου διαμονής και της εκτίμησης του καπνίσματος ως παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα (παράρτημα Β, πίνακας 5).

Πίνακας 10

	Κάπνισμα ως προδιαθεσικός παράγοντας καρδιαγγειακής νόσου						Σύνολο
	Σημαντικός			Πολύ σημαντικός			
	5	6	7	8	9	10	
% αστικού πληθυσμού	3,9%	1,3%	1,3%	6,6%	30,3%	56,6%	100,0%
% αγροτικού πληθυσμού	2,7%	2,7%	5,4%	24,3%	41,9%	23,0%	100,0%
% συνόλου	3,3%	2,0%	3,3%	15,3%	36,0%	40,0%	100,0%

Στον Πίνακα 11, η σωματική άσκηση θεωρείται πολύ σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων από το 44,7% των ερωτηθέντων. Ωστόσο διαπιστώνεται ότι ενώ το 54% του αστικού πληθυσμού έχει την παραπάνω άποψη, το αντίστοιχο ποσοστό στον αγροτικό πληθυσμό ανέρχεται στο 35,2%.

Πίνακας 11

	Σωματική άσκηση ως προδιαθεσικός παράγοντας καρδιαγγειακής νόσου										Σύνολο
	Λίγο σημαντικός				Σημαντικός			Πολύ σημαντικός			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
% αστικού πληθυσμού	3,9%	2,6%	3,9%	6,6%	2,6%	15,8%	10,5%	30,3%	14,5%	9,2%	100%
% αγροτικού πληθυσμού	5,4%	4,1%	4,1%	1,4%	13,5%	17,6%	18,9%	20,3%	10,8%	4,1%	100%
% συνόλου	4,7%	3,3%	4%	4%	8%	16,7%	14,7%	25,3%	12,7%	6,7%	100%

Στον Πίνακα 12, η πλειοψηφία τέλος των ερωτηθέντων (82%) θεωρεί την δυσλιπιδαιμία πολύ σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση κάποιου καρδιαγγειακού νοσήματος τόσο στον αστικό πληθυσμό (83,1%) όσο και στον αγροτικό πληθυσμό (81,1%).

Πίνακας 12

	Δυσλιπιδαιμία ως προδιαθεσικός παράγοντας καρδιαγγειακής νόσου										Σύνολο
	Λίγο σημαντικός				Σημαντικός			Πολύ σημαντικός			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
% αστικού πληθυσμού	1,3%	0%	1,3%	0%	1,3%	7,9%	5,3%	21,1%	36,8%	25%	100%
% αγροτικού πληθυσμού	0%	0%	0%	1,4%	1,4%	6,8%	9,5%	23%	37,8%	20,3%	100%
% συνόλου	0,7%	0%	0,7%	0,7%	1,3%	7,3%	7,3%	22%	37,3%	22,7%	100%

Όσον αφορά τις καπνιστικές συνήθειες των ερωτηθέντων, το 44,7% του αστικού πληθυσμού είναι καπνιστές, με μέσο όρο ετών καπνίσματος τα 22,8 έτη, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στον αγροτικό πληθυσμό είναι 39,2%, με μέσο όρο ετών καπνίσματος τα 35,4 έτη.

Από τους μη καπνιστές, ένα σημαντικό ποσοστό (19% στον αστικό πληθυσμό και 24,4 % στον αγροτικό πληθυσμό) είχαν διακόψει το κάπνισμα κατά το παρελθόν ενώ ο μέσος όρος ετών διακοπής του καπνίσματος ανερχόταν στα 8,6 έτη στον αστικό πληθυσμό και στα 11,5 έτη στον αγροτικό πληθυσμό.

Ωστόσο, ένα σημαντικό ποσοστό του συνόλου των ερωτηθέντων εκτίθεται

σε παθητικό κάπνισμα. Πιο συγκεκριμένα στον εργασιακό του χώρο το 31% του αστικού πληθυσμού και το 64,4% του αγροτικού πληθυσμού εκτίθεται συχνά και πολύ συχνά στο κάπνισμα. Στο σπίτι το 47,7% του αστικού πληθυσμού και το 53,4% του αγροτικού πληθυσμού αναφέρουν ότι εκτίθενται πολύ συχνά και συχνά σε παθητικό κάπνισμα ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά για την έκθεση σε παθητικό κάπνισμα στους χώρους ψυχαγωγίας ανέρχονται σε 16,7% στον αστικό πληθυσμό και 44,5% στον αγροτικό πληθυσμό. Υψηλά είναι και τα ποσοστά των ερωτηθέντων που αναφέρουν ότι εκτίθενται πολύ συχνά και συχνά σε παθητικό κάπνισμα και μέσα στο αυτοκίνητο (66,6% στον αστικό πληθυσμό και 75,5% στον αγροτικό πληθυσμό) (Πίνακας 13).

Πίνακας 13

Έκθεση στο κάπνισμα					
	Πολύ συχνά	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Καθόλου
Στη δουλειά	%	%	%	%	%
Αστικός πληθυσμός	16,7	14,3	19,0	23,8	26,2
Αγροτικός πληθυσμός	53,3	11,1	8,9	15,6	11,1
Στο σπίτι					
Αστικός πληθυσμός	31,0	16,7	26,2	19,0	7,1
Αγροτικός πληθυσμός	15,6	37,8	24,4	17,8	4,4
Σε χώρους ψυχαγωγίας					
Αστικός πληθυσμός	4,8	11,9	31,0	42,9	9,5
Αγροτικός πληθυσμός	28,9	15,6	22,2	24,4	8,9
Στο αυτοκίνητο					
Αστικός πληθυσμός	45,2	21,4	21,4	7,1	4,8
Αγροτικός πληθυσμός	64,4	11,1	17,8	4,4	2,2

Στον Πίνακα 14, το 35,5% του αστικού πληθυσμού είχε οικογενειακό ιστορικό καρδιαγγειακών παθήσεων ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στον αγροτικό πληθυσμό ήταν 36,5%.

Πίνακας 14

Οικογενειακό ιστορικό καρδιαγγειακών νοσημάτων		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Αστικός πληθυσμός	27	35,5%
Αγροτικός πληθυσμός	27	36,5%

Στον Πίνακα 15, το 13,2% του αστικού πληθυσμού και το 25,7% του αγροτικού έπασχε από σακχαρώδη διαβήτη ενώ ο μέσος όρος του σακχάρου νηστείας στον αστικό πληθυσμό ανερχόταν σε 88 mg/dl και στον αγροτικό πληθυσμό σε 84,4 mg/dl. Πιο συγκεκριμένα το 76,3% του αστικού πληθυσμού είχαν σάκχαρο νηστείας μικρότερο από 100 mg/dl και το 23,7% περισσότερο από 100 mg/dl ενώ στον αγροτικό πληθυσμό το 60,8% είχε σάκχαρο νηστείας κάτω από 100 mg/dl και το 39,2% περισσότερο από 100 mg/dl.

Πίνακας 15

Ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη			
	Συχνότητα	Ποσοστό	
Αστικός πληθυσμός	10	13,2%	88 mg/dl
Αγροτικός πληθυσμός	19	25,7%	84,4 mg/dl

Στον Πίνακα 16, από τους ερωτηθέντες στον αστικό πληθυσμό που έπασχαν από σακχαρώδη διαβήτη μόλις το 20% ρύθμιζε το σάκχαρο με την διατροφή ενώ το υπόλοιπο 80% είτε έπαιρνε αντιδιαβητικά δισκία (40%) είτε έπαιρνε ινσουλίνη (40%). Στον αγροτικό πληθυσμό που έπασχαν από σακχαρώδη διαβήτη, το 15,8% ρύθμιζε το σάκχαρο μόνο με την διατροφή, το 52,6% με αντιδιαβητικά δισκία και το 31,6% με ινσουλίνη.

Πίνακας 16

Θεραπεία για σακχαρώδη διαβήτη		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Αστικός πληθυσμός		
Ινσουλίνη & διατροφή	4	40%
Αντιδιαβητικά δισκία & διατροφή	4	40%
Μόνο με διατροφή	2	20%
Αγροτικός πληθυσμός		
Ινσουλίνη & διατροφή	6	31,6%
Αντιδιαβητικά δισκία & διατροφή	10	52,6%
Μόνο με διατροφή	3	15,8%

Στον αστικό πληθυσμό ο μέσος όρος του ύψους ήταν 168 cm, ο μέσος όρος του βάρους 76,8 Kgr και ο μέσος όρος περιφέρειας μέσης 92cm ενώ στον αγροτικό πληθυσμό οι αντίστοιχοι μέσοι όροι ήταν 166 cm. (ύψος), 81,2 Kgr (βάρος) και 100 cm (περιφέρεια μέσης).

Ο μέσος όρος δείκτη μάζας σώματος στον αστικό πληθυσμό ήταν 27,3 και στον αγροτικό πληθυσμό 29,3. Πιο συγκεκριμένα το 36,8% του αστικού πληθυσμού είχε δείκτη μάζας σώματος εντός φυσιολογικών ορίων (Δ.Μ.Σ.=18–25), το 35,5% ήταν παχύσαρκοι (Δ.Μ.Σ.=25-30) και το 27,6% ήταν υπέρβαροι (Δ.Μ.Σ.>30). Στον αγροτικό πληθυσμό το 1,4% ήταν λιποβαρές (Δ.Μ.Σ.<18), το

10,8% ήταν μέσα στα φυσιολογικά όρια (Δ.Μ.Σ.=18-25), το 45,9% ήταν παχύσαρκοι (Δ.Μ.Σ.=25-30) και το 41,9% ήταν υπέρβαροι (Δ.Μ.Σ.>30), Πίνακας 17.

Πίνακας 17

Δείκτης Μάζας Σώματος (Δ.Μ.Σ.)				
	ελλιποβαρείς (Δ.Μ.Σ <18)	Φυσιολογικοί (Δ.Μ.Σ.=18-25)	Παχύσαρκοι (Δ.Μ.Σ.=25-30)	Υπέρβαροι (Δ.Μ.Σ.>30)
Αστικός πληθυσμός	0%	36,8%	35,5%	27,6%
Αγροτικός πληθυσμός	1,4%	10,8%	45,9%	41,9%

Στον Πίνακα 18, ο μέσος όρος της αρτηριακής πίεσης στους ερωτηθέντες που διέμεναν σε αστικές περιοχές ήταν 124 (Συστολική Αρτηριακή Πίεση) και 73 (Διαστολική Αρτηριακή Πίεση) ενώ το 13,2% έπαιρνε κάποια θεραπεία για την ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης του. Αντίστοιχα, ο μέσος όρος της αρτηριακής πίεσης στους ερωτηθέντες που διέμεναν σε αγροτικές περιοχές ήταν 133 (Συστολική Αρτηριακή Πίεση) και 80 (Διαστολική Αρτηριακή Πίεση) ενώ το 32,4% έπαιρνε κάποια θεραπεία για τη ρύθμιση της.

Πίνακας 18

Θεραπεία για υπέρταση			
		Συχνότητα	Ποσοστό
Αστικός πληθυσμός	Ναι	10	13,2 %
	Όχι	66	86,8 %
Αγροτικός πληθυσμός	Ναι	24	32,4 %
	Όχι	50	67,6 %

Στον Πίνακα 19, το 59,2% του αστικού πληθυσμού και το 73% του αγροτικού πληθυσμού είχαν παθολογικές τιμές ολικής χοληστερόλης, δηλαδή μεγαλύτερη από 200 mg/dl, ενώ τα ποσοστά των ερωτηθέντων με φυσιολογικές τιμές ολικής χοληστερόλης ήταν 40,8% και 27% για τον αστικό και αγροτικό πληθυσμό αντίστοιχα.

Υψηλά ποσοστά παθολογικών τιμών κακής χοληστερόλης (LDL) ανεβρέθηκαν τόσο στον αστικό πληθυσμό (52,6%) όσο και στον αγροτικό πληθυσμό (70,3%) σε αντίθεση με τις τιμές της καλής χοληστερόλης όπου η συντριπτική πλειοψηφία τόσο στον αστικό πληθυσμό (96,1%) όσο και στον αγροτικό πληθυσμό (97,3%) είχαν φυσιολογικές τιμές.

Οι μισοί περίπου ερωτηθέντες τόσο στον αστικό πληθυσμό (52,6%) όσο και στον αγροτικό πληθυσμό (52,7%) είχαν φυσιολογικές τιμές τριγλυκεριδίων

στο αίμα.

Πίνακας 19

<i>Τιμές Ολικής Χοληστερόλης</i>				
	Φυσιολογικές (<200 mg/dl)		Παθολογικές (>200 mg/dl)	
	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό
Αστικός πληθυσμός	31	40,8 %	45	59,2 %
Αγροτικός πληθυσμός	20	27,0 %	54	73,0 %
<i>Τιμές LDL (Κακής Χοληστερόλης)</i>				
	Φυσιολογικές (<130 mg/dl)		Παθολογικές (>130 mg/dl)	
	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό
Αστικός πληθυσμός	36	47,4 %	40	52,6 %
Αγροτικός πληθυσμός	22	29,7 %	52	70,3 %
<i>Τιμές HDL (Καλής Χοληστερόλης)</i>				
	Φυσιολογικές (35-75 mg/dl)		Παθολογικές (<35 mg/dl)	
	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό
Αστικός πληθυσμός	73	96,1%	3	3,9%
Αγροτικός πληθυσμός	72	97,3%	2	2,7%
<i>Τιμές Τριγλυκεριδίων</i>				
	Φυσιολογικές (<150 mg/dl)		Παθολογικές (>150 mg/dl)	
	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό
Αστικός πληθυσμός	40	52,6%	36	47,4%
Αγροτικός πληθυσμός	39	52,7%	35	46,1%

Στον Πίνακα 20, το 35,5% του αστικού πληθυσμού έκανε χρήση αλκοόλ ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στον αγροτικό πληθυσμό ανερχόταν σε 43,2%. Από τους ερωτηθέντες που έκαναν χρήση αλκοόλ το 11,1% του αστικού πληθυσμού και το 15,6% του αγροτικού έκαναν χρήση καθημερινά.

Πίνακας 20

Χρήση αλκοολούχων ποτών			
		Συχνότητα	Ποσοστό
Αστικός πληθυσμός	Ναι	27	35,5%
	Όχι	49	64,5%
Αγροτικός πληθυσμός	Ναι	32	43,2%
	Όχι	42	56,8%

Συχνότητα χρήσης αλκοόλ			
		Συχνότητα	Ποσοστό
Αστικός πληθυσμός	Κάθε ημέρα	3	11,1%
	2-3 φορές εβδομαδιαίως	5	18,5%
	1 φορά εβδομαδιαίως	13	48,1%
	Σε ειδικές περιστάσεις	6	22,2%
Αγροτικός πληθυσμός	Κάθε ημέρα	5	15,6%
	2-3 φορές εβδομαδιαίως	13	40,6%
	1 φορά εβδομαδιαίως	10	31,3%
	Σε ειδικές περιστάσεις	4	12,5%

Στον Πίνακα 21, φαίνεται ότι η μεγάλη πλειοψηφία του αστικού (68,5%) και αγροτικού πληθυσμού (67,6%) θεωρούν ότι η μεσογειακή διατροφή συμβάλλει πολύ στην πρόληψη της στεφανιαίας νόσου.

Πίνακας 21

Η μεσογειακή διατροφή συμβάλλει στην πρόληψη της στεφανιαίας νόσου:					
	Πάρα πολύ	Πολύ	Αρκετά	Λίγο	Καθόλου
Αστικός πληθυσμός	30,3%	38,2%	27,6%	3,9%	0,0%
Αγροτικός πληθυσμός	25,7%	41,9%	27,0%	5,4%	0,0%

Ωστόσο, στον Πίνακα 22, μόλις το 40,8% του αστικού πληθυσμού και το 48,7% του αγροτικού πληθυσμού αναφέρουν ότι το διαιτολόγιο τους ανταποκρίνεται ικανοποιητικά στα πρότυπα της μεσογειακής διατροφής.

Πίνακας 22

Το διαιτολόγιο μου ανταποκρίνεται στα πρότυπα της μεσογειακής διατροφής:					
	Πάρα πολύ	Πολύ	Αρκετά	Λίγο	Καθόλου
Αστικός πληθυσμός	7,9%	32,9%	32,9%	21,1%	5,3%
Αγροτικός πληθυσμός	6,8%	41,9%	28,4%	16,2%	6,8%

Στον Πίνακα 23, το 52% των ερωτηθέντων θεωρούν ότι η σωματική δραστηριότητα (χειρωνακτική εργασία, γυμναστήριο κ.ά.) μπορεί να ελαττώσει τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων. Ωστόσο παρατηρείτε μία στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p=0,020$) ανάμεσα στον τόπο διαμονής και στην εκτίμηση της σωματικής δραστηριότητας ως παράγοντα μείωσης εμφάνισης των καρδιαγγειακών νοσημάτων, καθώς το 56,5% του αστικού πληθυσμού συμερίζεται την παραπάνω άποψη ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στον αγροτικό πληθυσμό φθάνει στο 47,3% (παράρτημα Β, πίνακας 6).

Πίνακας 23

Σωματική δραστηριότητα ως παράγοντας μείωσης εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων						
	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ	Σύνολο
Αστικός πληθυσμός	,0%	1,3%	42,1%	28,9%	27,6%	100,0%
Αγροτικός πληθυσμός	1,4%	14,9%	36,5%	29,7%	17,6%	100,0%
Σύνολο	,7%	8,0%	39,3%	29,3%	22,7%	100,0%

Στον Πίνακα 24, το 23,7% του αστικού πληθυσμού και το 35,1% του αγροτικού έχουν καθημερινή σωματική δραστηριότητα είτε σε κάποιο άθλημα είτε σε χειρωνακτική εργασία είτε κάπου αλλού.

Πίνακας 24

Συχνότητα σωματικής δραστηριότητας (γυμναστήριο, χειρωνακτική εργασία κ.ά.)					
	Πολύ συχνά (καθημερινά)	Συχνά (2-3 φορές /εβδ)	Μερικές φορές (1 φορά/μήνα)	Σπάνια	Καθόλου
Αστικός πληθυσμός	23,7%	26,3%	15,8%	25,0%	9,2%
Αγροτικός πληθυσμός	35,1%	44,6%	5,4%	10,8%	4,1%

Τέλος, η πλειοψηφία τόσο του αστικού πληθυσμού (60,5%) όσο και του αγροτικού πληθυσμού (50%) πιστεύουν ότι το στρες συμβάλει στην εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου, Πίνακας 25.

Πίνακας 25

Το στρες συμβάλει στην εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου:					
	Πάρα πολύ	Πολύ	Αρκετά	Λίγο	Καθόλου
Αστικός πληθυσμός	27,6%	32,9%	25,0%	11,8%	2,6%
Αγροτικός πληθυσμός	20,3%	29,7%	32,4%	9,5%	8,1%

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7
ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

7.1. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων προκύπτει ότι υπάρχουν διαφοροποιήσεις στο προφίλ αγροτών και αστών. Πιο συγκεκριμένα θα μπορούσαμε να πούμε ότι όσο αναφορά την επαγγελματική τους ενασχόληση ο αγροτικός πληθυσμός στην πλειοψηφία του είναι κτηνοτρόφοι και αγρότες ενώ ο αστικός πληθυσμός περιλαμβάνει δημόσιους υπαλλήλους, ιδιωτικούς υπαλλήλους και ελεύθερους επαγγελματίες.

Τα άτομα που διαμένουν σε αστικές περιοχές σε σχέση με τα άτομα που διαμένουν σε αγροτικές περιοχές θεωρούν ότι η ηλικία, η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης και το κάπνισμα αποτελούν σημαντικούς προδιαθεσικούς παράγοντες για την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου. Αντίθετα δεν υπάρχει σημαντικά στατιστική σχέση όσο αναφορά το φύλο, τη διατροφή, την αντισύλληψη, το στρες, τη σωματική άσκηση και τη δυσλιπιδαιμία τόσο στον αστικό όσο και στον αγροτικό πληθυσμό.

Όσο αναφορά τις καπνιστικές τους συνήθειες ένα σημαντικό ποσοστό των ερωτηθέντων ανεξαρτήτου τόπου διαμονής δηλώνει ότι καπνίζει ενώ ξέρει τις βλαπτικές επιδράσεις του καπνίσματος. Σε αναδρομική έρευνα που διενήργησε η EUROASPINE σε πληθυσμό 3180 ασθενών στην πρώτη έρευνα, σε 2975 ασθενών στη δεύτερη έρευνα και 2392 στην τρίτη έρευνα βρέθηκαν τα εξής: Το ποσοστό των ασθενών που κάπνιζαν συνέχισαν διαχρονικά και στις τρεις μελέτες να καπνίζουν παρά τις οδηγίες για διακοπή του καπνίσματος που τους δόθηκαν δεν συμμορφώθηκαν, πόσο μάλλον οι υγιείς. Ειδικότερα για τις γυναίκες στον ανώτερο πληθυσμό των τριών μελετών το ποσοστό των καπνιστριών αυξήθηκε με στατιστικά σημαντική διαφορά κάτω από την ηλικία των 50 ετών (Kotsevak et all 2006).

Για το σακχαρώδη διαβήτη και την υπέρταση ένα μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων ενώ ξέρει τις βλαπτικές επιδράσεις στην υγεία τους δεν συμμορφώνονται με τις οδηγίες. Σε ανάλογη έρευνα που έγινε στην Αμερική τα άτομα που πήραν μέρος, ενώ γνώριζαν ότι ο σακχαρώδης διαβήτης και η υπέρταση είναι οι κυριότεροι παράγοντες για την πρόκληση στεφανιαίας νόσου δεν συμμορφώνονται και εκφράζουν άγνοια για την υγεία τους (Dozier AM et all 2008).

Για το δείκτη μάζας σώματος αρκετά μεγάλο ποσοστό των ατόμων που διαμένουν σε αγροτική περιοχή (41,9%) είναι υπέρβαροι σε σχέση με τους κατοίκους των αστικών περιοχών (27,6%).

Σε έρευνα που έγινε σε Κινέζους άντρες έδειξε ότι το σωματικό βάρος μπορεί να αυξήσει τον επιπολασμό των εμφραγμάτων (Wen W, et all 2008.)

Επίσης σε άλλη έρευνα που διενήργησε η EUROASPIRE παρατηρήθηκαν ακόμα πιο αρνητικά ευρήματα. Στην πρώτη έρευνα το BMI αυξήθηκε κατά 25% στην δεύτερη έρευνα αυξήθηκε κατά 32,6% και στην Τρίτη έρευνα κατά 38% ενώ οι συστάσεις ήταν σαφείς, μείωση του σωματικού βάρους,

φαίνεται ότι τίποτα από αυτό δεν ακολουθήθηκε.

Για τις τιμές της χοληστερίνης και των τριγλυκεριδίων φαίνεται να υπάρχει σημαντικά στατιστική σχέση με τον τόπο διαμονής. Οι κάτοικοι των αγροτικών περιοχών είχαν σε μεγαλύτερο ποσοστό (73%) παθολογικές τιμές από ότι οι κάτοικοι των αστικών περιοχών (59,2%).

Η μεσογειακή διατροφή είναι κοινά αποδεκτό στους ερωτηθέντες ότι συμβάλλει στην πρόληψη της στεφανιαίας νόσου. Ωστόσο μόλις το (40,8%) του αστικού πληθυσμού και το (48,7%) του αγροτικού πληθυσμού αναφέρουν ότι ακολουθούν τα πρότυπα της μεσογειακής διατροφής.

Και ενώ υπάρχει μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στον τόπο διαμονής και στην εκτίμηση της σωματικής δραστηριότητας ως παράγοντα μείωσης εμφάνισης των καρδιαγγειακών νοσημάτων με τους αστούς στο (27,6%) και τους αγρότες στο (22,7%) βλέπουμε ωστόσο ότι ο αγροτικός πληθυσμός γυμνάζεται περισσότερο (35,1%) από ότι ο αστικός πληθυσμός (23,7%) και αυτό οφείλεται περισσότερο στη φύση της εργασίας του.

Η πλειοψηφία τόσο του αστικού όσο και του αγροτικού πληθυσμού πιστεύει ότι το στρες συμβάλλει στην εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου. Έρευνα στο πανεπιστήμιο της GRANADA έδειξε ότι το στρες αυξάνει τον επιπολασμό των καρδιαγγειακών νοσημάτων (Esch T Stefano GB et all 2002).

7.2. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι κάτοικοι των αστικών περιοχών γνωρίζουν καλύτερα τους προδιαθεσικούς παράγοντες που προκαλούν στεφανιαία νόσο αντίθετα με τους κατοίκους των αγροτικών περιοχών και αυτό ίσως οφείλεται στο χαμηλό επίπεδο μόρφωσης που έχουν οι κάτοικοι της υπαίθρου.

Οι αστοί συμμορφώνονται καλύτερα και ακολουθούν ένα πιο υγιεινό τρόπο ζωής από ότι οι αγρότες.

Ο κίνδυνος εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι μεγαλύτερος στον αγροτικό από ότι στον αστικό πληθυσμό και αυτό προκύπτει από τα υψηλά ποσοστά της χοληστερίνης της αρτηριακής πίεσης του σακχαρώδη διαβήτη και του δείκτη μάζας σώματος που έχουν οι κάτοικοι της υπαίθρου σε σχέση με τους κατοίκους των πόλεων.

7.3. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Τα ευρήματα της μελέτης είναι άκρως απογοητευτικά και αποθαρρυντικά σχετικά με τη συμμόρφωση των ατόμων τουλάχιστον στους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου για αυτό επιβάλλεται:

- 1 Να δοθεί έμφαση στην ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- 2 Η υγειονομική κοινότητα να εστιάσει περισσότερο αποτελεσματικά στην διδασκαλία για την καλύτερη διαχείριση του τρόπου ζωής των πολιτών σε αυτό πρέπει να συμβάλλουν και οι ίδιοι οι πολίτες

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Δημήτριος Θ. Κρεμαστινός. Καρδιολογία, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ.Πασχαλίδης, Αθήνα 2005.
2. Braunwald. Νόσοι της καρδιάς. 5η έκδοση, Τόμος 2, Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος 1997.
3. Σαχίνη- Καρδάση Α., Πάνου Μ. Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική (νοσηλευτικές διαδικασίες), Β΄ έκδοση, Τόμος 2, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1997.
4. Ακύρου Β. Δήμητρα, Εγχειρίδιο Καρδιολογικής Νοσηλευτικής, Γ΄ Έκδοση, Αθήνα 2007.
5. Πρόληψη στεφανιαίας νόσου και Προδιαθεσικών παραγόντων , Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:
http://gna-gennimatas.gr/pathologikos/kardiologiko/stef_nosos.
6. Πρόληψη στεφανιαίας νόσου και Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:
<http://www.incardiology.gr/odigies/index.htm>.
7. Ελληνική Καρδιολογική Εταιρεία, «Η Πρόληψη της Στεφανιαίας νόσου στην Κλινική Πράξη», Ελληνική καρδιολογική Επιθεώρηση, 43, 1-2, 2002.
8. Peter W. F. Wilson, MD; Ralph B. D'Agostino, PhD; Daniel Levy, MD; Albert M. Belanger, BS; et al. "Prediction of Coronary Heart Disease Using Risk Factor Categories" *Circulation*. 1998; 97:1837-1847.
9. Στεφανιαία νόσος - Πρόληψη και αντιμετώπιση, Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:
http://www.incardiology.gr/pathiseis_stefaniaia/stefaniaia_paragontes.htm
10. Τούτουζας Παύλος, Καρδιολογία, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1987.
11. Αγγειοπλαστική ή μπαλονάκι στη στεφανιαία νόσο, Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:
http://www.incardiology.gr/pathiseis_stefaniaia/pc_ptca.htm.

12. Stent, Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:
http://www.incardiology.gr/pathiseis_stefaniaia/pc_stent.htm.
13. Esch T, Stefano GB, Fricchione GL, Bensontt, Stress in Cardiovascular diseases, 2002 May; 8(5):RA 93-RA 101.
14. K. Kotseva, D. Wood, G. De Backer, D. De Bacquer, K. Pyörälä, U. Keil Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries, *The Lancet*, Volume 373, Issue 9667, Pages 929-940
15. Wen W, Xiang YB et al, The association of alcohol tea and other modifiable lifestyle factors with myocardial infarction and stroke in chinese men 2008 Sep;3(3):133-140.
16. Booth GL, Kapral Mk et al, Relation between age and cardiovascular disease in men and women with diabetes compared with non-diabetic people, *Lancet* 2006 July ; 368(9529):29-36.
17. Πρόληψη της στεφανιαίας νόσου, Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:
http://www.incardiology.gr/pathiseis_stefaniaia/stefaniaia_prolipsi.htm.
18. Σωματική δραστηριότητα, Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:
http://www.incardiology.gr/odigies/somatiki_drastiriotita.htm
19. Ενημέρωση για την πρόληψη και θεραπεία των καρδιοπαθειών, Καρδιολογικό Βήμα, Φεβρουάριος 2009, Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://kardiologia.blogspot.com/2009/06/blog-post_6693.html
20. Πρόληψη καρδιοπαθειών, Καρδιολογικό Βήμα, Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:
<http://kardiologia.blogspot.com/search/label/πρόληψηκαρδιοπαθειών>
21. Υγεία άσκηση και διατροφή, Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:
<http://www.ergofit.gr/heart.htm>.
22. Προληπτικός εργαστηριακός έλεγχος, Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:
<http://www.sigmalive.com/simerini/news/health/140189>.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1.ΦΥΛΟ: Άντρας

Γυναίκα

2.ΗΛΙΚΙΑ -----

3.Τόπος διαμονής:-----

4. Επαγγελματική απασχόληση:-----

5. Σημειώστε πόσο σημαντικό θεωρείτε τον καθένα από τους παρακάτω παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο στην κλίμακα 0 έως 10. (0= καθόλου σημαντικός, 10= απόλυτα σημαντικός).

Ηλικία 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Φύλο 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Υπέρταση 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Κακή
διατροφή 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Παχυσαρκία1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Σακχαρώδης1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Διαβήτης

Λήψη 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Αντισυλληπτικών

Στρες 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Κάπνισμα1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Σωματική
Άσκηση 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Δυσλιπιδαιμία1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. ΚΑΠΝΙΣΜΑ

6^α.Είστε εν ενεργεία καπνιστής; ΝΑΙ ΟΧΙ

6β .Αν ΝΑΙ, Πόσα τσιγάρα την ημέρα;-----

7. Αν ΟΧΙ, εκτίθεστε στο παθητικό κάπνισμα;

A) Στον επαγγελματικό χώρο;

Πολύ συχνά Συχνά Μερικές φορές Σπάνια Καθόλου

B) Στο σπίτι σας;

Πολύ συχνά Συχνά Μερικές φορές Σπάνια Καθόλου

Γ) Σε χώρους ψυχαγωγίας που επιλέγετε;

Πολύ συχνά Συχνά Μερικές φορές Σπάνια Καθόλου

Δ) Στο αυτοκίνητο

Πολύ συχνά Συχνά Μερικές φορές Σπάνια Καθόλου

8. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΓΙΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Έχει ή είχε κάποιος από το οικογενειακό σας περιβάλλον καρδιαγγειακή νόσο; (Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου ή στεφανιαία νόσο π.χ. στηθάγχη, δεν αφορά τη μελέτη μας η διατακτική καρδιακή ανεπάρκεια ή οι αρρυθμίες)

ΝΑΙ

ΟΧΙ

9. ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Έχετε διαγνωστεί με σακχαρώδη διαβήτη; ΝΑΙ ΟΧΙ

10. Πόσο είναι το σάκχαρο νηστείας σας τον τελευταίο καιρό;-----mg/dl

11. Ποιό είναι το ύψος σας;----- cm

12. Ποιό είναι το βάρος σας;-----kgr

13. Ποια είναι η συστολική αρτηριακή σας πίεση;----mmhg

14. Ποια είναι η διαστολική αρτηριακή σας πίεση;----mmhg

15. Ακολουθείτε θεραπεία για υπέρταση που να έχει δοθεί από γιατρό; ΝΑΙ
ΟΧΙ

16. Ποια είναι η τιμή της ολικής σας χοληστερόλης;-----

17. Ποια είναι η δική σας τιμή LDL-----

18. Ποιά είναι η δική σας τιμή HDL-----

19. Ποια είναι η τιμή των τριγλυκεριδίων σας;-----

20. Καταναλώνετε βαριά αλκοολούχα ποτά;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

20^α Αν ναι, πόσο συχνά;

- Κάθε μέρα-----
- 2-3 φορές την εβδομάδα-----
- 1 φορά την εβδομάδα-----
- Μόνο σε ειδικές περιστάσεις-----

21. Πιστεύετε ότι η μεσογειακή διατροφή βοηθά στην πρόληψη της Σ.Ν;
Πάρα πολύ Πολύ Αρκετά Λίγο Καθόλου

22. Κατά πόσο το δικό σας διαιτολόγιο ανταποκρίνεται στα πρότυπα της μεσογειακής διατροφής;
Πάρα πολύ Πολύ Αρκετά Λίγο Καθόλου

23. Πιστεύετε ότι η σωματική δραστηριότητα μπορεί να ελαττώσει τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων;
Πάρα πολύ Πολύ Αρκετά Λίγο Καθόλου

24. Εσείς πόσο συχνά έχετε σωματική δραστηριότητα (είτε γυμναστήριο, είτε άθλημα, είτε χειρωνακτική εργασία);
-Πολύ συχνά(κάθε μέρα)
-Συχνά (2-3 φορές την εβδομάδα)
-Μερικές φορές (1 φορά το μήνα)
-Σπάνια
-Καθόλου

25. Εσείς θεωρείτε τον εαυτό σας αγχώδη;
Πάρα πολύ Πολύ Αρκετά Λίγο Καθόλου

Κωδικοποίηση του ερωτηματολογίου

sex	1=ανδρας	2=γυναίκα					
age	20-29=1	30-39=2	40-49=3	50-59=4			
resid	1=αστός	2=αγρότης					
job	1=ιδ. Υπάλληλος	2=δημ. Υπάλληλος	3=συντ/χο ς	4=ελευθ.ε παγγελμ	5=Κτηνοτρ	6=οικιακά	7=Φοιτητης
rfage	ηλικία						
rfsex	φύλο						
rfbp	υπέρταση						
rfnutr	κακή διατροφή						
rfobesity	παχυσαρκία						
rfdm	σακχαρώδης διαβήτης						
rfcontracept	λήψη αντισυλληπτικώ ν						
rfstress	στρες						
rfsmoke	κάπνισμα						
rfexercise	σωματική ασκηση						
rfdislip	δυσλιπιδαιμία						
smoking	ενεργεία καπνιστής						
ply	πακέτα το χρόνο						
stop	διακοπή καπνίσματος						
expjob	παθητικό κάπνισμα στη δουλειά						
exphome	παθητικό κάπνισμα στο σπίτι						
expcommo	στους χώρους ψυχαγωγίας						
expcar	στο αυτοκίνητο						
famcvd	οικογενειακό ιστορικό για καρδιαγγειακές παθήσεις						
diabetic	σακχαρώδης διαβήτης						
insuline	θεραπεία με 1) ινσουλίνη και διαιτολόγιο 2)δισκία και διαιτολόγιο 3)διατροφή	και διαιτολόγιο					
glucose	σάκχαρο νηστείας						
height	ύψος						
weight	βάρος						
bmi	δείκτης μάζας						

	σώματος						
waistmeas	περιφέρεια μέσης						
sbp	συστολική πίεση						
dbp	διαστολική πίεση						
bpmed	παίρνει φάρμακα ναι ή όχι;						
medcat	θεραπεία για υπέρταση						
totholister	ολική χοληστερίνη						
ldl	κακή χοληστερίνη						
hdl	καλή χοληστερίνη						
trigl	τριγλυκερίδια						
alcohol	αλκοολούχα ποτά						
alcohol po	αλκοόλ 4)κάθε μέρα 3)λίγες φορές τη βδομάδα 2)μια φορά τη βδομάδα 1) ειδικές περιστάσεις						
mednutr	μεσογειακή διατροφή						
mynutr	δικός διαιτολόγιο ακολουθεί τη μεσογειακή διατροφή						
physactive	σωματική δραστηριότητα						
timephysa	πόσο συχνά γυμνάζεστε						
stress	έχετε στρες						
MS	μεταβολικό σύνδρομο	ΑΥΤΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ					
περινδοπριλη,εν αλαπρίλη,κιναπριλη, ραμιπριλη	COVERSYL renitec accupron triatec	α-MEA	1				
Αμλοδιπίνη	Norcasc	ανταγωνιστές ασβεστίου	2				
καντεσαρταμη IPBEΣΑΡΤΑΝΗ	atacand aprovel	Ανταγωνιστές των υποδοχέων της αγγειοτασίνης II	3				

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

ΠΙΝΑΚΕΣ ΑΠΟ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ
ΜΕ ΤΟ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟ ΠΑΚΕΤΟ SPSS 17.0

ΠΙΝΑΚΕΣ

Συσχέτιση ηλικίας ως προδιαθεσικού παράγοντα εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου και τόπου διαμονής

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση : P=0,047 ; $\chi^2=17,098$; df=9;

		Ηλικία (Προδιαθεσικός παράγοντας)										
		Λίγο σημαντικό				Σημαντικό			Πολύ σημαντικό			
Τόπος Διαμονής		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Σύνολο
	Συχνότητα	0	0	2	2	10	5	11	29	12	5	76
	% (διαμονή)	,0%	,0%	2,6%	2,6%	13,2%	6,6%	14,5%	38,2%	15,8%	6,6%	100,0%
	% (ηλικία)	,0%	,0%	66,7%	50,0%	43,5%	29,4%	42,3%	76,3%	48,0%	41,7%	50,7%
	Συχνότητα	1	1	1	2	13	12	15	9	13	7	74
	% (διαμονή)	1,4%	1,4%	1,4%	2,7%	17,6%	16,2%	20,3%	12,2%	17,6%	9,5%	100,0%
	% (ηλικία)	100,0%	100,0%	33,3%	50,0%	56,5%	70,6%	57,7%	23,7%	52,0%	58,3%	49,3%
	Συχνότητα	1	1	3	4	23	17	26	38	25	12	150
	% (διαμονή)	,7%	,7%	2,0%	2,7%	15,3%	11,3%	17,3%	25,3%	16,7%	8,0%	100,0%
	% (ηλικία)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

(Πίνακας 1)

Συσχέτιση υπέρτασης ως προδιαθεσικού παράγοντα εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου και τόπου διαμονής

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση : P=0,002 ; $\chi^2=20,614$; df=6;

		Υπέρταση (προδιαθεσικός παράγοντας)								
		Λίγο σημαντικό		Σημαντικό			Πολύ σημαντικό			
Τόπος Διαμονής		4	5	6	7	8	9	10	Σύνολο	
	Συχνότητα	2	2	3	3	23	20	23	76	
	% (διαμονή)	2,6%	2,6%	3,9%	3,9%	30,3%	26,3%	30,3%	100,0%	
	% (υπέρταση)	100,0%	66,7%	42,9%	14,3%	47,9%	52,6%	74,2%	50,7%	
	Συχνότητα	0	1	4	18	25	18	8	74	
	% (διαμονή)	,0%	1,4%	5,4%	24,3%	33,8%	24,3%	10,8%	100,0%	
	% (υπέρταση)	,0%	33,3%	57,1%	85,7%	52,1%	47,4%	25,8%	49,3%	
	Συχνότητα	2	3	7	21	48	38	31	150	
	% (διαμονή)	1,3%	2,0%	4,7%	14,0%	32,0%	25,3%	20,7%	100,0%	
	% (υπέρταση)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

(Πίνακας 2)

Συσχέτιση παχυσαρκίας ως προδιαθεσικού παράγοντα εμφάνισης
καρδιαγγειακής νόσου και τόπου διαμονής

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση : $P=0,010$; $\chi^2=16,689$; $df=6$;

		Παχυσαρκία (προδιαθεσικός παράγοντας)							
		Λίγο σημαντικό	Σημαντικό			Πολύ σημαντικό			
Τόπος Διαμονής		1	5	6	7	8	9	10	Σύνολο
	Συχνότητα	1	2	1	3	10	22	37	76
	% (διαμονή)	1,3%	2,6%	1,3%	3,9%	13,2%	28,9%	48,7%	100,0%
	% (παχυσαρκία)	100,0%	100,0%	50,0%	21,4%	33,3%	48,9%	66,1%	50,7%
	Συχνότητα	0	0	1	11	20	23	19	74
	% (διαμονή)	,0%	,0%	1,4%	14,9%	27,0%	31,1%	25,7%	100,0%
	% (παχυσαρκία)	,0%	,0%	50,0%	78,6%	66,7%	51,1%	33,9%	49,3%
	Συχνότητα	1	2	2	14	30	45	56	150
	% (διαμονή)	,7%	1,3%	1,3%	9,3%	20,0%	30,0%	37,3%	100,0%
	% (παχυσαρκία)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

(Πίνακας 3)

Συσχέτιση σακχαρώδη διαβήτη ως προδιαθεσικού παράγοντα εμφάνισης
καρδιαγγειακής νόσου και τόπου διαμονής

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση : $P=0,035$; $\chi^2=15,109$; $df=7$;

		Σακχαρώδη διαβήτη (προδιαθεσικός παράγοντας)								
		Λίγο σημαντικό		Σημαντικό			Πολύ σημαντικό			
Τόπος Διαμονής		2	4	5	6	7	8	9	10	Σύνολο
	Συχνότητα	1	0	1	5	10	12	24	23	76
	% (διαμονή)	1,3%	,0%	1,3%	6,6%	13,2%	15,8%	31,6%	30,3%	100,0%
	Συχνότητα	0	2	6	9	15	15	11	16	74
	% (διαμονή)	,0%	2,7%	8,1%	12,2%	20,3%	20,3%	14,9%	21,6%	100,0%
	Συχνότητα	1	2	7	14	25	27	35	39	150
	% (διαμονή)	,7%	1,3%	4,7%	9,3%	16,7%	18,0%	23,3%	26,0%	100,0%

(Πίνακας 4)

Συσχέτιση καπνίσματος ως προδιαθεσικού παράγοντα εμφάνισης
καρδιαγγειακής νόσου και τόπου διαμονής

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση : $P<0,001$; $\chi^2=22,110$; $df=5$;

Τόπος Διαμονής		Κάπνισμα (Προδιαθεσικός παράγοντας)						Σύνολο
		5	6	7	8	9	10	
	Συχνότητα	3	1	1	5	23	43	76
	% (διαμονή)	3,9%	1,3%	1,3%	6,6%	30,3%	56,6%	100,0%
	% (κάπνισμα)	60,0%	33,3%	20,0%	21,7%	42,6%	71,7%	50,7%
	Συχνότητα	2	2	4	18	31	17	74
	% (διαμονή)	2,7%	2,7%	5,4%	24,3%	41,9%	23,0%	100,0%
	% (κάπνισμα)	40,0%	66,7%	80,0%	78,3%	57,4%	28,3%	49,3%
	Συχνότητα	5	3	5	23	54	60	150
	% (διαμονή)	3,3%	2,0%	3,3%	15,3%	36,0%	40,0%	100,0%
	% (κάπνισμα)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

(Πίνακας 5)

Συσχέτιση σωματικής άσκησης ως παράγοντα μείωσης εμφάνισης
καρδιαγγειακής νόσου και τόπου διαμονής

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση: $P=0,020$; $\chi^2=11,615$; $df=4$;

Τόπος Διαμονής		Σωματική δραστηριότητα					Total
		Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ	
	Συχνότητα	0	1	32	22	21	76
	% (διαμονή)	,0%	1,3%	42,1%	28,9%	27,6%	100,0%
	% (σωματική άσκηση)	,0%	8,3%	54,2%	50,0%	61,8%	50,7%
	Συχνότητα	1	11	27	22	13	74
	% (διαμονή)	1,4%	14,9%	36,5%	29,7%	17,6%	100,0%
	% (σωματ.άσκηση)	100,0%	91,7%	45,8%	50,0%	38,2%	49,3%
	Συχνότητα	1	12	59	44	34	150
	% (διαμονή)	,7%	8,0%	39,3%	29,3%	22,7%	100,0%
	% (σωματ.άσκηση)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

(Πίνακας 6)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
Γ.Ν.ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ "ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ ΠΑΝΑΝΕΙΟ"
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ



ΠΡΑΚΤΙΚΟ
ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗ 5/13-4-2009

ΑΠΟΦΑΣΗ 15
ΘΕΜΑ 3

Εισήγηση για τη διανομή ερωτηματολογίων σε νοσηλευτικό προσωπικό και ασθενείς του Νοσοκομείου μας από φοιτητές και φοιτήτριες του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής ΣΕΥΠ του ΤΕΙ Κρήτης στα πλαίσια εκπόνησης πτυχιακής εργασίας τους

Το ΕΠΣΥ αφού έλαβε υπόψη:

α) τις αριθμ. πρωτ. 3993/30-3-2009 και 4040/31-3-2009 αιτήσεις των: Μαρίνας Πετράκη του Ματθαίου και Μαρίας Παχυλάκη του Ιωάννη αντίστοιχα, φοιτητριών του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής ΣΕΥΠ του ΤΕΙ Κρήτης που ζητούν να τους επιτραπεί η διανομή ερωτηματολογίου σε ασθενείς του Νοσοκομείου μας στα πλαίσια εκπόνησης της πτυχιακής εργασίας τους με θέμα: "Εκτίμηση του κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου στον αγροτικό και αστικό πληθυσμό του Ν. Ηρακλείου και διερεύνηση της στάσης τους απέναντι στους προδιαθεσικούς παράγοντες "

β) τα σχετικά συνημμένα:

1) το αριθμ. πρωτ.:2710/ΑΦΣ /1-7-2008 έγγραφο του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής ΣΕΥΠ του ΤΕΙ Κρήτης με το οποίο ανατίθεται στις φοιτήτριες Μαρίνα Πετράκη και Μαρία Παχυλάκη η εκπόνηση πτυχιακής εργασίας με θέμα: "Εκτίμηση του κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου στον αγροτικό και αστικό πληθυσμό του Ν. Ηρακλείου και διερεύνηση της στάσης τους απέναντι στους προδιαθεσικούς παράγοντες" με επιβλέποντα την πτυχιακή εκπαιδευτικό τον κ. Μιχαήλ Ζωγραφάκη

ομόφωνα αποφασίζει

Εισηγείται θετικά για τη διανομή ερωτηματολογίων σε νοσηλευτικό προσωπικό και ασθενείς του Νοσοκομείου μας από φοιτητές και φοιτήτριες του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής ΣΕΥΠ του ΤΕΙ Κρήτης στα πλαίσια εκπόνησης πτυχιακής εργασίας τους και συγκεκριμένα:

1. Για τις Μαρίνα Πετράκη του Ματθαίου και Μαρία Παχυλάκη του Ιωάννη, φοιτήτριες του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής ΣΕΥΠ του ΤΕΙ Κρήτης, τη διανομή ερωτηματολογίου σε ασθενείς του Νοσοκομείου μας στα πλαίσια εκπόνησης της πτυχιακής εργασίας τους με θέμα: "Εκτίμηση του κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου στον αγροτικό και αστικό πληθυσμό του Ν. Ηρακλείου και διερεύνηση της στάσης τους απέναντι στους προδιαθεσικούς παράγοντες"

Αφού συντάχθηκε το παραπάνω πρακτικό, υπογράφεται όπως ακολουθεί:

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΤΑΚΤΙΚΑ ΜΕΛΗ

ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΗ ΚΑΤ.-ΕΛΕΝΗ
ΤΣΙΛΙΜΙΓΚΑΚΗ ΑΜΑΛΙΑ

ΚΑΡΑΚΩΣΤΑΣ ΕΥΘΥΜΙΟΣ

ΒΑΡΔΑΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ
ΜΑΝΙΔΑΚΗ ΚΑΤΕΡΙΝΑ

Ακριβές απόσπασμα από το πρακτικό
Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

ΜΕΛΙΣΣΟΥΡΓΑΚΗ ΙΩΑΝΝΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
7^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΚΡΗΤΗΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

Ηράκλειο 18-08-2009

ΓΡΑΦΕΙΟ ΑΝ. ΔΙΟΙΚΗΤΗ
Δ/ση : Βούτες Ηρακλείου

Τηλέφωνο : 2810-542061
2810-392240
Telefax : 2810-542064

ΑΠΟΦΑΣΗ 1190 / 2009

Θέμα: «Χορήγηση άδειας διεξαγωγής έρευνας στο Νοσοκομείο μας»

Ο Εκτελών Χρέη Διοικητής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου, αφού έλαβε υπόψη του:

- 1) Τη με αριθμ. πρωτ. 825/06-08-2009 αίτηση του ΤΕΙ Κρήτης.
- 2) Τη με αρ. πρωτ. 833/18-08-2009 εισήγηση της Δ/ντριας Ν.Υ κας Π. Ντζιλέπη.

Αποφασίζει

Εγκρίνει τη χορήγηση άδειας στις σπουδάστριες του τμήματος Νοσηλευτικής του ΑΤΕΙ Ηρακλείου, Δαγαλάκη Αναστασία, Παχυλάκη Μαρία, Πετράκη Μαρίνα, να πραγματοποιήσουν έρευνα στο Τμήμα Επείγοντων Περιστατικών του Νοσοκομείου μας, στα πλαίσια της εκπόνησης της πτυχιακής τους εργασίας με θέμα: «Εκτίμηση του κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου στο αγροτικό και αστικό πληθυσμό του Ν. Ηρακλείου και διερεύνηση της στάσης τους απέναντι στους προδιαθεσικούς παράγοντες».

Η Νοσηλευτική υπηρεσία να κάνει τις απαραίτητες ενέργειες.

Ο ΕΚΤΕΛΩΝ ΧΡΕΩΝ ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ
ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ - Δ/ΤΗΣ Γ.Υ.

ΜΕΛΙΣΣΕΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

Νοσηλευτική υπηρεσία
Ενδιαφερόμενες

ΕΣΩΤ. ΔΙΑΝΟΜΗ:

Γραφείο Διοικητή

