

Σταχτοπούλου Ελπίδα

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Στεφανιαία νόσος - προδιαθεσικοί παράγοντες
και ο ρόλος της νοσηλευτικής
στην πρόληψη αυτών.

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η _ Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

Σπουδάστριας : Κούσουλα Ιωάννα

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Παπαδημητρίου Μαρία

Επιτροπή έγκρισης Πτυχιακής εργασίας

- 1)
- 2)
- 3)

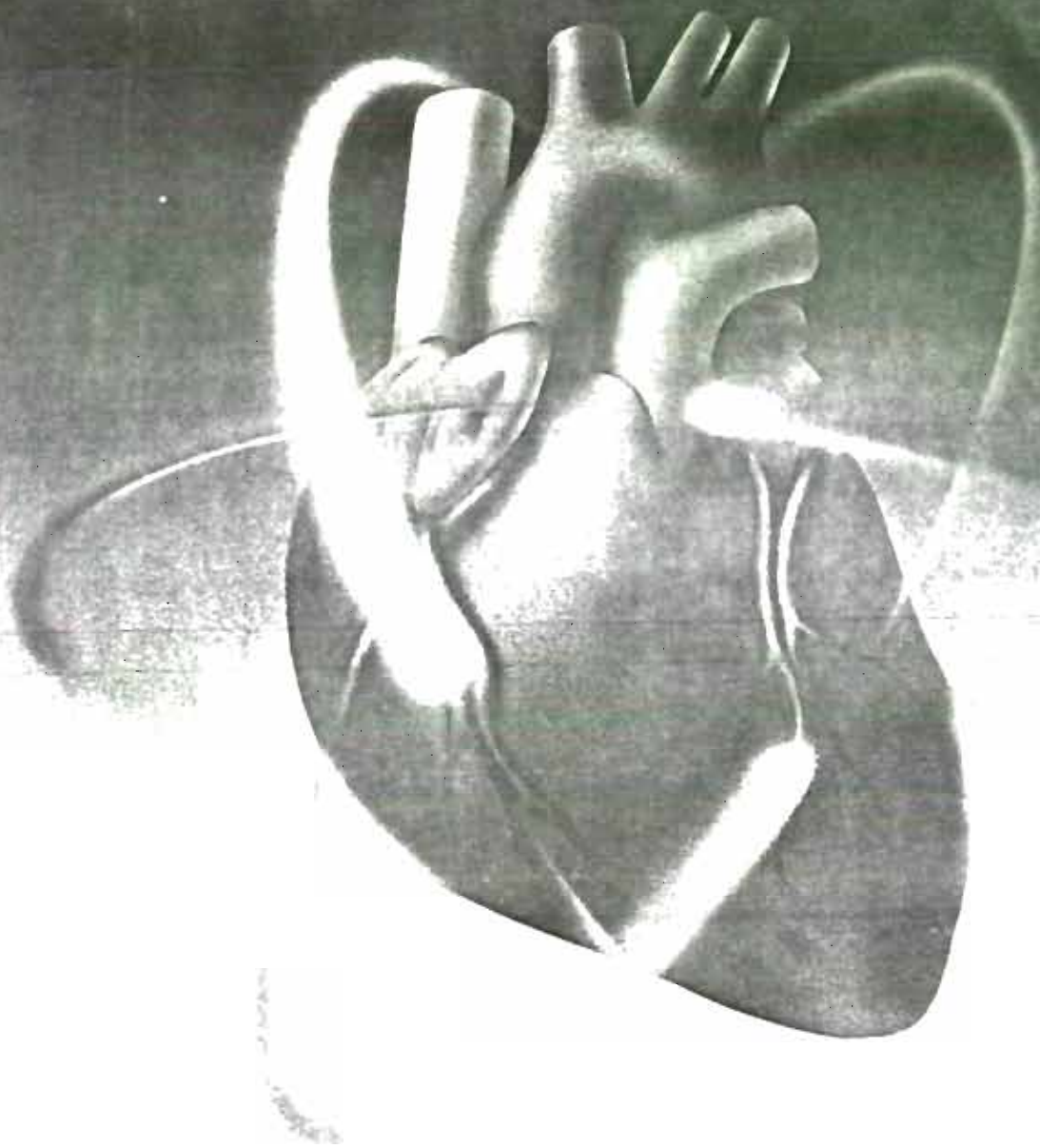
Πτυχιακή εργασία για τη λήψη του Πτυχίου Νοσηλευτικής

Πάτρα /3/89



ΑΡΙΘΜΟΣ

1163



Αυτή η εργασία είναι αφιερωμένη στη μητέρα μου, για τις θυσίες, τους κόπους και τη ψυχική-ηθική υποστήριξη που μου προσέφερε για να φτάσω ως εδώ, στο τέλος των σπουδών μου. Θα ήταν παράληψη άλλωστε, αν δεν ευχαριστούσα θεομά όλους όσους βοήθησαν, από το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό της καρδιολογικής εντατικής μονάδας του νοσοκομείου Ε.Ε.Σ., για να βρεθούν οι πηγές αυτής της εργασίας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	σελίδα
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	2
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	4
Ανατομία - Φυσιολογία	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	8
Παθογένεια της στεφανιαίας νόσου	8
2α. Αθηροσκλήρωση	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	13
Πρόγνωση	16
Γενικά	16
4α. Πρόγνωση της στηθάγχης	16
4β. Πρόγνωση του εμφράγματος μυοκαρδίου	17
4γ. Πρόγνωση σημεία αιφνιδίου θανάτου σε στηθάγχη και έμφραγμα μυοκαρδίου.	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	19
Προδιαθεσικοί παράγοντες Σ.Ν.	19
5α. Επιδημιολογικές έρευνες	19
5β. Στεφανιαία νόσος και επάγγελμα	21
5γ. Το φύλο και η Σ.Ν.	23
5δ. Η ηλικία και η Σ.Ν.	24
5ε. Οικογενειακό ιστορικό Σ.Ν.	24
5ζ. Ανατρέψιμοι προδιαθεσικοί παράγοντες	26
5η. Σημασία προδιαθεσικών παραγόντων	52

	σελίδα
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	55
Πρόληψη της στεφανιαίας νόσου	55
Γενικά	55
6.α. Πρωτογενής πρόληψη	58
6.β. Δευτερογενής πρόληψη	82
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	94
Υλικό και μέθοδος	94
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	96
Αποτελέσματα	96
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	102
Συμπεράσματα	102
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	104
Προτάσεις	104
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	106

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Αναμφισβήτητα, η καρδιά είναι ένα από τα κυριότερα όργανα του ανθρώπινου οργανισμού και οι παθήσεις της αποφελούν ένα απ' τα σημαντικότερα προβλήματα δημόσιας υγείας στη χώρα μας, όπως άλλωστε και στις άλλες αναπτυγμένες ή αναπτυσσόμενες χώρες του κόσμου. Τα τελευταία χρόνια μάλιστα παρατηρήθηκε αύξηση των θανάτων από στεφανιαία νόσο και ιδιαίτερα των νέων ατόμων. Στην Ελλάδα, κάθε χρόνο 9.500 άτομα (6.000 άνδρες και 3.500 γυναίκες) πεθαίνουν από ισχαιμική καρδιοπάθεια. Στις ΗΠΑ, τα άτομα που πάσχουν από στεφανιαία νόσο, φτάνουν το 1.000.0000 κάθε χρόνο. Ενώ 500.000 - 700.000 πεθαίνουν αιφνίδια απ' αυτή. Παρατηρήθηκε, ότι η νόσος εμφανίζεται συχνότερα στους άνδρες απ' ότι στις γυναίκες, καθώς και ότι στις βιομηχανικές πόλεις, είναι μεγάλο το ποσοστό του πληθυσμού, που πάσχει από τη στεφανιαία νόσο, ποσοστό που συνεχώς ανέρχεται. Είναι βέβαια γεγονός, ότι ένα μεγάλο μέρος αυτής της νόσου μπορεί κάλλιστα να προληφθεί και να αντιμετωπιστεί, αρκεί να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα και συγχρόνως να συνειδητοποιήσουμε όλοι την προσωπική μας ευθύνη για την επίτευξη αυτού του σκοπού.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η στεφανιαία νόσος χαρακτηρίζεται σαν την παθολογική διαταραχή κατά την οποία η παροχή αίματος με τις στεφανιαίες αρτηρίες στην καρδιά δεν επαρκεί για τις ανάγκες οξυγόνου του μυοκαρδίου. Ο αιφνίδιος θάνατος, η σταθερή και η ασταθής στηθάγχη, το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, οι καρδιακές αρρυθμίες ή διαταραχές της κολπο-κοιλιακής αγωγιμότητας και η καρδιακή ανεπάρκεια, είναι οι μορφές που μπορεί να εκδηλωθεί η στεφανιαία νόσος. Δεν είναι εντελώς ανεξάρτητες μεταξύ τους και μπορεί η μια να προηγείται ή να έπεται της άλλης.

Πολυπαραγοντική ανάλυση έδειξε ότι πολλοί προδιαθεσικοί παράγοντες μπορούν να παίξουν μεγάλο ρόλο στην πρόκληση της νόσου. Η συνύπαρξη περισσότερων από έναν προδιαθεσικών παραγόντων αυξάνει σημαντικά την πιθανότητα ανάπτυξης της νόσου. Η κατανόηση του ρόλου, ο έλεγχος και η πρόληψη των προδιαθεσικών παραγόντων μπορεί να έχει συνέπεια την ελάττωση της συχνότητας προσβολής από τη στεφανιαία καρδιασπάθεια. Η πρωτογενής πρόληψη είναι το σύνολο των μέτρων και μέσων που χρησιμοποιούν τα μέλη των υγειονομικών υπηρεσιών με σκοπό την αποφυγή νόσησης από στεφανιαία νόσο ή τουλάχιστο την επιβράδυνση της εξέλιξης της, σε τρόπο που η κλινική εκδήλωση της νόσου αναβάλλεται, ελαχιστοποιείται ή αναστέλλεται. Δευτερογενής πρόληψη σημαίνει εφαρμογή μέτρων κατά την εμφάνιση συμπτωμάτων και σημείων της στεφανιαίας νόσου με τρόπο την αντιμετώπιση αυτών καθώς και την αναβολή, ελαχιστοποίηση ή πρόληψη της εξέλιξης των βλαβών και των επιπλοκών αυτής. Θεωρητικά βέβαια είναι δυνατή, όμως είναι δύσκολο να επιτευχθεί στον άνθρωπο.

Είναι μεγάλη λοιπόν η ευθύνη μας σαν μέλη της υγειονομικής ομάδας για διαφώτιση του πληθυσμού, για το λόγο ότι η νόσος αυτή οφείλεται πολλές φορές στον καθημερινό τρόπο ζωής, ώστε - με τη γνώση των παραγόντων κινδύνου, - η πρόληψη και η άρση των αιτιών να επιτευχθούν έγκαιρα.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

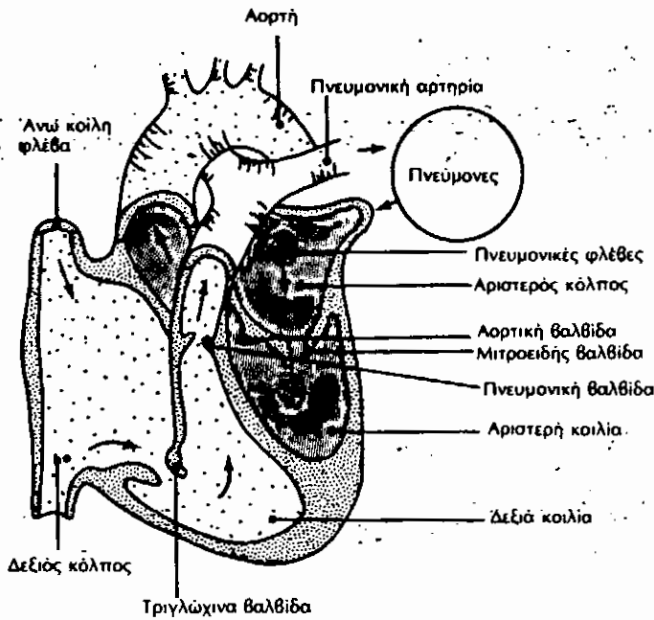
ANATOMIA - ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Η φυσιολογική καρδιά με τον περικαρδιακό σάκκο που την περιβάλλει βρίσκεται στο κέντρο του θώρακα, λίγο αριστερότερα από τη μέση γραμμή.

Η καρδιά παίζει τον ρόλο μιας μυϊκής αντλίας, που παίρνει αίμα από το φλεβικό σύστημα και το προωθεί μέσα στο αρτηριακό. Διαιρείται σε δύο χώρους, τον δεξιό και αριστερό, που δεν επικοινωνούν μεταξύ τους. Κάθε χώρος υποδιαιρείται σε δύο υποχώρους, τους κόλπους, που παίρνουν αίμα και τις κοιλίες, που ωθούν αίμα. Ανάμεσα στους κόλπους και στις κοιλίες υπάρχουν τα κολποκοιλιακά στόμια με τις γλωχίνες βαλβίδες. Ο δεξιός κόλπος είναι ένας θάλαμος με λεπτά τοιχώματα, που δέχεται φλεβικό αίμα από τρεις πηγές: την κάτω κοίλη φλέβα, που παίρνει αίμα από το κάτω μισό του σώματος, την άνω κοίλη φλέβα, που παίρνει αίμα, από το άνω μισό του σώματος, και τον στεφανιαίο κόλπο, που παίρνει το φλεβικό αίμα από τον καρδιακό μυ.

Η δεξιά κοιλία μαζεύει αίμα από την περιφερική (συστηματική) κυκλοφορία και το στέλνει στην πνευμονική (μικρή) κυκλοφορία. Η αριστερή καρδιά μαζεύει αίμα από τη μικρή κυκλοφορία και το στέλνει στη συστηματική κυκλοφορία. Καθώς το αίμα περνά μέσα από το συστηματικό τριχοειδικό δίκτυο, που συνδέει τις περιφερικές αρτηρίες και φλέβες, τα ερυθρά αιμοσφαίρια δίνουν το οξυγόνο τους στους ιστούς και παίρνουν διοξείδιο του άνθρακα. Αντίθετα, όταν το αίμα περνά μέσα από τα πνευμονικά τριχοειδή, τα ερυθρά αιμοσφαίρια ανταλλάσσουν το διοξείδιο του

άνθρακα με οξυγόνο από τον κυψελιδικό αέρα.



Εικ. 1

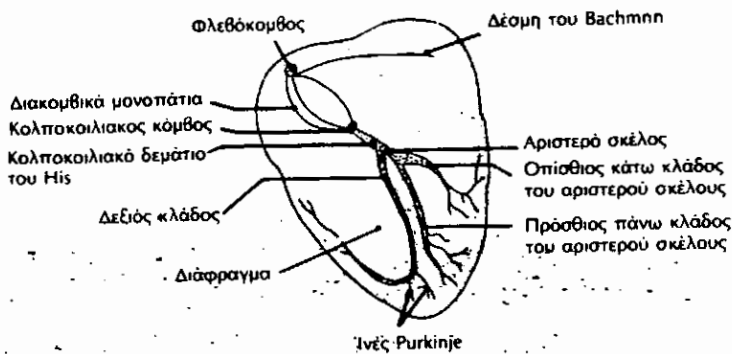
Εσωτερική ανατομία της καρδιάς.

Η προμήθεια αίματος για το μυοκάρδιο γίνεται με τις δύο στεφανιαίες αρτηρίες που αρχίζουν σαν στόμια και βρίσκονται στην αρχή της αορτής ακριβώς πίσω από τα φύλλα της αορτικής βαλβίδας. Η αριστερή στεφανιαία αρτηρία διαιρείται αμέσως σε δύο κλάδους. Η αριστερή πρόσθια κατιούσα αρτηρία δίνει αίμα στο αριστερό κοιλιακό μυοκάρδιο, το πρόσθιο κολποκοιλιακό διάφραγμα και τον πρόσθιο θηλοειδή μύ, και έχει διάφορους διαγώνιους κλάδους. Ο άλλος κύριος κλάδος, ή περιοσώμενη στεφανιαία αρτηρία, κατεβαίνει από πίσω, αιματώνει το πλάγιο και πίσω τμήμα της αριστερής καρδιάς και έχει πολλούς μικρούς επιχείλιους κλάδους. Αν η περιοσώμενη στεφανιαία αρτηρία φτάνει από την πίσω μεριά ως την διακοιλιακή αύλακα, η κυκλοφορία θεωρείται ότι είναι "επικρατούσα αριστερή". Η δεξιά στεφανιαία αρτηρία αιματώνει τη δεξιά καρδιά, μέρος του διαφράγματος και, το σπουδαιότερο, τον φλεβόκομβο σε πάνω από το 50% των ατόμων, και τον κολποκοιλιακό κόμβο σε όλα περίπου τα άτομα.

Αν η δεξιά στεφανιαία αρτηρία παρέχει την κύρια αιματική προμήθεια, για την οπίσθια αριστερή κοιλία, η κυκλοφορία θεωρείται ότι είναι "επικρατούσα δεξιά".

Οι στεφανιαίες αρτηρίες είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς στην ανάπτυξη αθηρωματικών πλακών. Επιπλέον είναι πολύ στενές και δέχονται μεγάλες συμπιεστικές δυνάμεις όταν η καρδιά συσπάται κατά τη συστολή της. Αντίθετα προς τις άλλες αρτηρίες, η ροή μέσα στις στεφανιαίες είναι μεγαλύτερη κατά τη διασταλτική φάση του καρδιακού κύκλου, όταν η καρδιά βρίσκεται σε χάλαση.

Ο φλεβόκομβος είναι μια ομάδα εξειδικευμένων κυττάρων που βηματοδοτούν τη λειτουργία της καρδιάς. Βρίσκεται στο δεξιό κόλπο ακριβώς κάτω από την είσοδο της άνω κοίλης φλέβας. Τα κύτταρα του κόμβου δημιουργούν ηλεκτρικές ώσεις, που άγονται σε όλο το μυοκάρδιο των κόλπων, οι οποίοι συστέλλονται.



Εικ. 2

Η μετάδοση της καρδιακής ώσης.

Η ώση άγεται και σε ένα δεύτερο κόμβο τον κολποκοιλιακό. Οι κολποκοιλιακές κομβικές ίνες καθυστερούν την παραπέρα μετάδοση των ώσεων δίνοντας έτσι χρόνο στους κόλπους να συσταλούν. Μετά τον κολποκοιλιακό κόμβο, το σύστημα αγωγής αποτελείται από ίνες οργανωμένες σε δεμάτιο (κολποκοιλιακό δεμάτιο

του His), που εκτείνεται από τον κολποκοιλιακό κόμβο μέσω του μεσοκοιλιακού διαφράγματος και διαιρείται στο αριστερό και δεξιό σκέλος, στις δύο μεριές του διαφράγματος. Τα σκέλη αυτά σχηματίζουν ένα δίκτυο μικρότερων κλάδων, τις ίνες του Purkinje, στην κορυφή της καρδιάς και επεκτείνονται προς τα πάνω κατά μήκος του πλάγιου τμήματος κάθε κοιλίας.

Στο μηχανικό μέρος ο καρδιακός κύκλος είναι έτσι τακτοποιημένος χρονικά, ώστε, όταν οι κοιλίες βρίσκονται στη φάση συστολής τους, οι κόλποι να είναι σε διαστολή και να γεμίζουν αμέσως μετά το κλείσιμο των μηνοειδών βαλβίδων. Στη συνέχεια ανοίγουν οι κολποκοιλιακές βαλβίδες και γεμίζουν οι κοιλίες.

Η καρδιά νευρούται από χολινεργικές ίνες του πνευμονογαστρικού και από αδρενεργικές ίνες που εκφύονται από το θωρακοσφυϊκό πυρήνα του συμπαθητικού και περνούν από τα άνω μέσα και κάτω αυχενικά γάγγλια. Η χολινεργική νεύρωση περιορίζεται στους κόλπους. Ίνες του δεξιού πνευμονογαστρικού, νευρούν τον φλεβόκομβο και ελέγχουν τον καρδιακό ρυθμό και τη δύναμη συστολής των κόλπων. Ίνες του αριστερού πνευμονογαστρικού νευρούν κύρια τον κολποκοιλιακό κόμβο αλλά υπάρχει συνήθως και διασταυρούμενη νεύρωση. Οι κόλποι δέχονται επίσης ίνες του συμπαθητικού αλλά τα περισσότερα από τα αδρενεργικά νεύρα νευρούν τις κοιλίες, όπου αυξάνουν τη δύναμη της καρδιακής συστολής. Η καρδιά δέχεται επίσης αυτόνομη αισθητική νεύρωση από μερικές κυρίως αμύελες συμπαθητικές ίνες, που θεωρείται ότι απαντούν σε νοσοαισθητικά ερεθίσματα και αποτελούν την οδό μεταβίβασης του καρδιακού άλγους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΤΗΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ

Τα τελευταία χρόνια, έχουν διαπιστωθεί μερικοί παράγοντες, οι οποίοι διευκρίνισαν την παθολογική διαδικασία, που είναι υπεύθυνη για την στεφανιαία καρδιοπάθεια. Οι Dawber, Kannel οι συνεργάτες τους (Dawber, 1985) σχεδίασαν επιδημιολογικές μελέτες, ιδιαίτερα τη μελέτη του Framingham, σε μεγάλες πληθυσμιακές ομάδες, με σκοπό να καθορίσουν τους παράγοντες που επηρεάζουν την ανάπτυξη της στεφανιαίας καρδιοπάθειας στον ενήλικο πληθυσμό του Framingham της Μασσαχουσέτης. Η μελέτη άρχισε γύρω στο 1949 με ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα 2.282 ανδρών και 2.845 γυναικών ηλικίας 30-62 χρόνων που ήταν κλινικώς ελεύθεροι στεφανιαίας νόσου στην αρχή της μελέτης. Με κλινικές εξετάσεις σε μεσοδιαστήματα 2 χρόνων και με άλλες μεθόδους παρακολούθησης για παραπάνω από 20 χρόνια, η μελέτη αυτή παρακολούθησε την φυσική ιστορία των ποικίλων εκδηλώσεων της στεφανιαίας νόσου, καθώς επίσης των εγκεφαλικών επεισοδίων και της περιφερικής αρτηριοπάθειας και αξιολόγησε με επακριβή τρόπο ότι αυτές οι ασθένειες σχετίζουν την εκδήλωση τους με οργανισμούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Η μελέτη πρόσφερε πολυσύνθετη επιδημιολογική επισκόπηση της στεφανιαίας νόσου και διερεύνησε τους παράγοντες κινδύνου, που αυξάνουν την πιθανότητα ανάπτυξης στεφανιαίας νόσου. Οι καθιερωμένοι παράγοντες κινδύνου είναι η υπέρταση, η υπερλιπιδαιμία, ο διαβήτης, το οικογενειακό ιστορικό πρώιμης αθηροσκλήρωσης, η ηλικία, το άρρεν φύλο και η παχυσαρκία. Άλλοι παράγοντες που θεωρούνται σημαντικοί, είναι το πρότυπο συμπεριφοράς, κοινωνικοπολιτιστικοί παράγοντες, η μειωμένη φυσική

δραστηριότητα, το κάπνισμα και το συγκινησιακό "στρες" της σύγχρονης ζωής.

Πριν γίνει η ανάλυση των ανωτέρω παραγόντων πρέπει να τονιστεί ότι η κύρια αιτία της στεφανιαίας νόσου είναι η αθηροσκλήρωση. Με την πάροδο των ετών η πάθηση αυτή 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.

2.α. Αθηροσκλήρωση.

Οι κλινικές εκδηλώσεις της αθηροσκλήρωσης, τα τελευταία χρόνια, είναι πιο συχνές και συμβαίνουν σε μικρότερη ηλικία, αλλά η παθολογική διαδικασία της αθηροσκλήρωσης καθαυτής δεν έχει αλλάξει. Η αθηροσκλήρωση είναι μια εκφυλιστική διαδικασία που σχετίζεται με την ηλικία και η συχνότητά της αλλάζει προοδευτικά με την αύξηση της ηλικίας. Αρχίζει κατά την πρώτη ή δεύτερη δεκαετία της ζωής, ενώ η κλινική εκδήλωση της στεφανιαίας νόσου συμβαίνει συνήθως μετά το 40ο έτος. Παρ' όλα αυτά δεν είναι αναπόφευκτη, γιατί σε ανθρώπους ηλικίας ογδόντα χρόνων βρέθηκε ελάχιστη ή καμία ένδειξη στεφανιαίας αθηροσκλήρωσης στη μεταθανάτια εξέταση.

Σχετικά με την εμφάνιση της αθηρωμάτωσης νωρίς, στη διάρκεια του πολέμου στην Κορέα, βρέθηκαν στα 3/4 περίπου των σκοτωμένων στρατιωτών ενδείξεις αθηροσκλήρωσης και το ¼ περίπου είχε 50% στένωση της μιας τουλάχιστον στεφανιαίας αρτηρίας. Σύμφωνα με τις διάφορες μελέτες, η έκταση της στεφανιαίας

αθηροσκλήρωσης είναι μεγαλύτερη σε άτομα με βαθύτερες κλινικές εκδηλώσεις της στεφανιαίας νόσου αλλά η συσχέτιση δεν είναι πολύ καλή. Αν εξαιρεθεί η αριστερή κύρια στεφανιαία, η στένωση μιας μόνο στεφανιαίας αρτηρίας σπάνια αποτελεί αιτία αιφνίδιου θανάτου σε στεφανιαία νόσο. Στην αυτοψία βρίσκεται συνήθως επέκταση της νόσου σε δύο ή τρεις αρτηρίες.

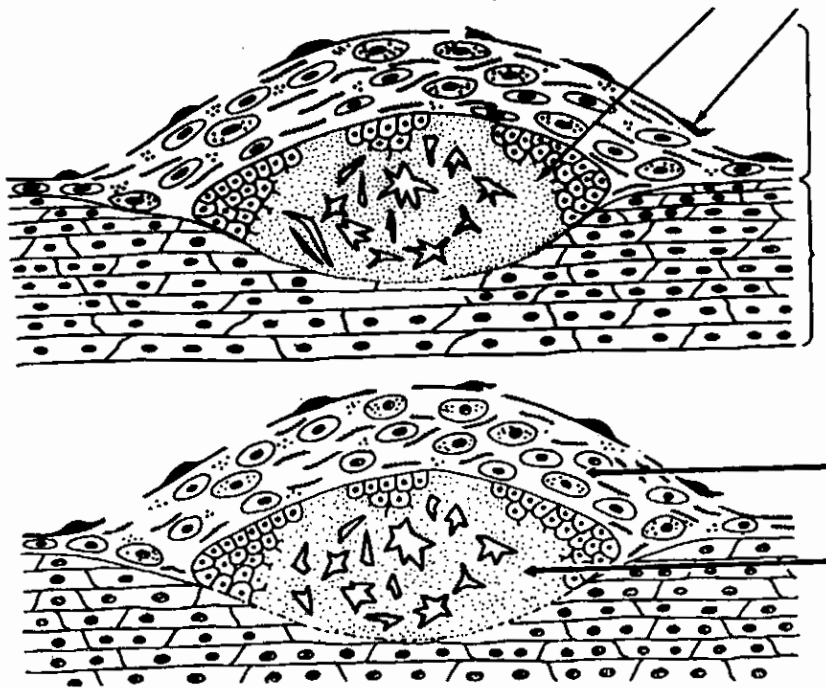
Η κλινική στεφανιαία νόσος πρέπει να διαφοροποιείται από την υποκείμενη παθολογική της διαδικασία, τη στεφανιαία αθηροσκλήρωση.

Για την ανάπτυξη της αθηροσκλήρωσης είναι απαραίτητο να συμβεί βλάβη του ενδοθηλίου από μηχανικά αίτια, όπως η τυρβώδης ροή του αίματος σε ορισμένα τμήματα του αρτηριακού δικτύου, και η αυξημένη τάση του αρτηριακού τοιχώματος σε υπέρτασια άτομα, ή από χημικά αίτια, όπως η αυξημένη κυκλοφορία της LDL-χοληστερίνης, το μονοξείδιο του άνθρακα σε καπνιστές κ. ά. Η βλάβη αυτή του ενδοθηλίου είναι συνεχής και μακρόχρονη, όχι όμως σοβαρή, ώστε τις περισσότερες φορές να μην μπορεί να αποκαλυφθεί ακόμα και σε κλινικά έκδηλη αθηροσκλήρωση.

Η έναρξη της αθηροσκλήρωσης σαν επακόλουθο της ενδοθηλιακής βλάβης υποδηλώνεται με την εμφάνιση "λιπαρών γραμμώσεων" στον έσω χιτώνα ή καλύτερα με βλάβες του έσω χιτώνα, που περιέχουν λίπος από εναπόθεση λιποπρωτεϊνών LDL και VLDL.

Για αρκετό καιρό αυτές οι γραμμώσεις ή βλάβες είναι επίπεδες και δεν προβάλλουν στον αυλό της αρτηρίας. Η προβολή στον αυλό γίνεται με την πάροδο των ετών και συμβαίνει νωρίτερα στους άνδρες από τις γυναίκες, καθώς επίσης σε πληθυσμούς που ακολουθούν λιπαρή δίαιτα και σε μεγάλο ποσοστό πάσχουν από υπερλιπιδαιμία.

Με την πάροδο του χρόνου η αθηροσκληρυντική πλάκα αποτελείται από έναν πυρήνα και μια λεπτή ινώδη κάψα. Η προβολή της πλάκας στον αυλό της αρτηρίας γίνεται ολοένα και μεγαλύτερη, με αύξηση του πυρήνα της βλάβης και καταλήγει να είναι νεκρωτικός με κυτταρικά συντρίμματα, άφθονους κρυστάλλους από εστέρες χοληστερίνης και άλατα ασβεστίου, ενώ υπάρχει κίνδυνος να σπάσει η ινώδης κάψα που αποτελείται από εκφυλισμένα λεία μυϊκά κύτταρα, κολλαγόνο ιστό και ένδο- ή έξω κυτταρικά λιποειδή. Εάν συμβεί ρήξη της ινώδους κάψας, τότε ο υποκείμενος κολλαγόνος ιστός και θρομβοπλαστικές λιποειδείς ουσίες εκτίθενται στα στοιχεία του κυκλοφορούμενου αίματος, και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα συγκόλληση αιμοπεταλίων και δημιουργία θρόμβου που μπορεί να επιφέρει ταχέως πλήρη απόφραξη του αγγείου. Επίσης είναι πιθανόν με τη ρήξη της κάψας να συμβεί απόσπαση αθηρωματικού υλικού και εμβολή σε περιφερικό τμήμα της αρτηρίας.



Αθηροσκληρυντική πλάκα. Πάνω: Το μεγάλο βέλος δείχνει το νεκρωτικό πυρήνα με κυτταρικά συντρίμματα, κρυστάλλους χοληστερίνης και ασβέστιο. Το μικρό βέλος δείχνει το ενδοθήλιο. Κάτω: Το μικρό βέλος δείχνει την ινώδη κάψα, η οποία είναι επικίνδυνη διότι είναι μεγάλη και έχει τάση να υποστεί ρήξη. Το μεγάλο βέλος δείχνει το νεκρωτικό πυρήνα, ο οποίος είναι επίσης επικίνδυνος διότι είναι μεγάλος και έχει θρομβοπλαστικές ουσίες (Από P. Constandinides P: εις Braunwald (ed): Heart Disease, 2η έκδοση, W. Saunders, Philadelphia, 1984).

Μετά τη ρήξη της κάψας η αθηροσκληρυντική πλάκα παίρνει όψη εξέλκωσης με μικροσκοπική εμφάνιση αιμορραγίας.

Με την επιδείνωση της αθηροσκλήρωσης συμβαίνει ολοένα και μεγαλύτερη βλάβη του μέσου χιτώνα με αποτέλεσμα λέπτυνση του τοιχώματος της αρτηρίας κάτω από την πλάκα, εξασθένηση του αορτηριακού τοιχώματος και τοπική ανευρυσματική διάταση της αρτηρίας. Παράλληλα εμφανίζονται κατά σωρούς κύτταρα με λιπιδείδη, τα οποία αρχικά ήταν μακροφάγα, και μερικές φορές νεόπλαστα αγγεία. Σε ορισμένες περιπτώσεις παρατηρείται και ασβέστωση της στεφανιαίας αρτηρίας κατά την αθηροσκληρυντική πλάκα, η οποία μπορεί να είναι ορατή και κατά την ακτινολογική εξέταση.

Άλλα αίτια στεφανιαίας νόσου αποτελούν διάφορες μορφές αρτηρίτιδων, η στεφανιαία εμβολή, ο ερυθματώδης λύκος και άλλες παρόμοιες διαταραχές του συνδετικού ιστού. Μερικές φορές, ο σπασμός των στεφανιαίων μπορεί από μόνος του να προκαλέσει ισχαιμία του μυοκαρδίου, αν και είναι συχνότερο να επιπλέκει τη στεφανιαία αθηροσκλήρωση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ

Συγκριτικά με τα άλλα όργανα, το μυοκάρδιο παίρνει περισσότερο οξυγόνο από το αρτηριακό αίμα, και καταναλίσκει τη μεγαλύτερη ποσότητα οξυγόνου σε σχέση με το βάρος του. Η έλλειψη οξυγόνου για χρόνο περισσότερο από δύο λεπτά οδηγεί σε διακοπή της μηχανικής λειτουργίας της καρδιάς. Η οξυγόνωση του αίματος στις κοίλες φλέβες είναι 75% περίπου και στις στεφανιαίες φλέβες 50%. Αυτό σημαίνει ότι κατά τη ροή του αίματος στα τριχοειδή του μυοκαρδίου η οξυγόνωση του αίματος γίνεται μικρότερη κατά 45%.

Ενα άλλο ενδιαφέρον στοιχείο της στεφανιαίας κυκλοφορίας είναι ότι η άρδευση του μυοκαρδίου γίνεται κυρίως κατά τη διαστολή, διότι κατά τη συστολική περίοδο συμβαίνει συμπίεση των ενδοτοιχωματικών αρτηριών, η οποία εμποδίζει την ελεύθερη ροή.

Η αριστερή στεφανιαία ροή είναι κυρίως διαστολική, ενώ η δεξιά στεφανιαία ροή είναι τόσο διαστολική όσο και συστολική. Αυτό συμβαίνει γιατί η πίεση στην αριστερή κοιλία είναι ίση με την πίεση στις στεφανιαίες αρτηρίες, ενώ η πίεση της δεξιάς κοιλίας είναι πολύ μικρότερη από την πίεση των στεφανιαίων αρτηριών. Σε άτομα όμως με πνευμονική υπέρταση και η δεξιά στεφανιαία ροή είναι κυρίως διαστολική.

Στο υπενδοκάρδιο η ενδο τοιχωματική τάση στη συστολή είναι μεγαλύτερη από τη συστολική πίεση της αριστερής κοιλίας και έτσι η ροή του αίματος και σε φυσιολογικά ακόμη άτομα είναι αποκλειστικά διαστολική. Η ενδοτοιχωματική αυτή τάση ελαττώνεται από το ενδοκάρδιο ως το επικάρδιο και έτσι η ροή στο υπεπικαρδιακό τμήμα

του μυοκαρδίου είναι τόσο διαστολική όσο και συστολική. Μπορεί λοιπόν να προκληθεί υπενδοκαρδιακή ισχαιμία ή και έμφραγμα ακόμα και σε παρατεταμένη απλή μείωση της στεφανιαίας ροής χωρίς πλήρη απόφραξη ενός αγγείου.

Η έκταση της μυοκαρδιακής περιοχής στην οποία ελαττώνεται ή διακόπτεται η παροχή οξυγονωμένου αίματος εξαρτάται από διάφορους παράγοντες όπως: (1) Το βαθμό της στένωσης που προκαλεί μια αθηροσκληρυντική πλάκα. Η ροή του αίματος διά της στεφανιαίας αρτηρίας περιορίζεται όταν η βλάβη προκαλεί στένωση του αυλού κατά 75% ή περισσότερο.

(2) Τον αριθμό των στενωτικών βλαβών που μπορεί να εμφανιστούν σε μια, δύο ή και τρεις μεγάλες στεφανιαίες αρτηρίες.

(3) Την κεντρική ή περιφερική εντόπιση της βλάβης, με την έννοια ότι όσο πλησιέστερα προς την έκφυση μιας μεγάλης στεφανιαίας αρτηρίας βρίσκεται η στένωση ή απόφραξη τόσο μεγαλύτερο τμήμα του μυοκαρδίου αναμένεται να υποφέρει. Σοβαρότερη είναι η βλάβη όταν εντοπίζεται στο στέλεχος της αριστερής στεφανιαίας.

(4) Τις φυσιολογικές αναστομώσεις κατά την παράπλευρη κυκλοφορία.

Οι κλινικές εκδηλώσεις της στεφανιαίας νόσου οφείλονται στην υπάρχουσα ισχαιμία. Ανάλογα με το βαθμό και τη διάρκεια της ισχαιμίας θα έχουμε την κλινική εικόνα των διαφόρων μορφών στηθάγχης ή του εμφράγματος μυοκαρδίου. Η ισχαιμία είναι δυνατό επίσης να έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση αρρυθμιών ή να οδηγήσει σε καρδιακή ανεπάρκεια ή και αιφνίδιο θάνατο. Ισχαιμία μπορεί να υπάρξει και χωρίς κανένα σύμπτωμα. Η συχνότητα της ασυμπτωματικής ισχαιμίας δεν είναι ακριβώς γνωστή, σύμφωνα όμως με διάφορες μελέτες μπορεί να κυμαίνεται από 5-30%. Η ισχαιμία χω-

ρίς συμπτώματα μπορεί να έχει τις ίδιες καταστροφικές συνέπειες όπως και η συμπτωματική ισχαιμία.

Η στηθάγχη συνηθέστερα εμφανίζεται σε ασθενείς με εκτεταμένες αθηροσκληρυντικές βλάβες και συνθήκες προκλήσεως σπασμού της αρτηρίας κατά την περιοχή της στενωτικής βλάβης.

Το έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι διατοιχωματικό παρά υπενδοκάριο, και συχνά προκαλείται από πρόσφατο θρόμβο που εμφανίζεται πάνω ή κοντά σε μια αθηροσκληρυντική πλάκα και αποφράσσει τον αυλό της αρτηρίας. Η οξεία θρόμβωση είναι η υποκείμενη αιτία θανάτου των περισσότερων ασθενών που έπεσαν σε καρδιογενές shock μετά οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου. Δε διαπιστώνεται όμως όταν πρόκειται για αιφνίδιο θάνατο από στεφανιαία νόσο. Ο μηχανισμός του θανάτου είναι η κοιλιακή ταχυκαρδία και η κοιλιακή μαρμαρυγή. Ένας παράγοντας που επηρεάζει την παροχή αίματος σ' ένα μυοκαρδιακό τμήμα είναι οι φυσιολογικές αναστομώσεις και η παράπλευρη κυκλοφορία, που συμβαίνει μεταξύ (1) της δεξιάς στεφανιαίας και της πρόσθιας κατιούσας (2) της δεξιάς στεφανιαίας και της περισπωμένης (3) της πρόσθιας κατιούσας και της περισπωμένης. Επίσης παράπλευρη κυκλοφορία μπορεί να αναπτυχθεί μεταξύ δύο σημείων της ίδιας αρτηρίας που έχει τη μεγάλη στενωτική βλάβη. Αναπτύσσεται συχνά όταν συμβεί στένωση μεγάλου βαθμού, συνήθως πάνω από 90%, μιας στεφανιαίας αρτηρίας και για το λόγο αυτό η διαπίστωση της αποτελεί ένδειξη ότι η βλάβη είναι σοβαρή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Γενικά

Οι εκτιμήσεις της πρόγνωσης σε διάφορες μελέτες, όσον αφορά τον άμεσο θάνατο και τη συχνότητα εμφράγματος μυοκαρδίου ή θανάτου στα επόμενα 1-2 χρόνια, ποικίλλουν πέντε (5) φορές, πράγμα που δείχνει τις διαφορές στα χαρακτηριστικά των ασθενών στις ομάδες που θεωρούνται ότι πάσχουν από ασταθή στηθάγχη. Οι διαφορές πρέπει να λυθούν με προοπτικές μελέτες σαφώς καθορισμένων υποομάδων.

4.α. Πρόγνωση της στηθάγχης.

Από την έναρξη της στηθάγχης η επιβίωση των ασθενών μπορεί να φτάσει τα 10 έως 20 χρόνια ή και περισσότερο. Η ετήσια θνητότητα στο νοσοκομείο είναι περίπου 5%, αλλά η ετήσια θνητότητα μετά την έξοδο από το νοσοκομείο φτάνει το 15%.

Η έκβαση της πρόγνωσης επηρεάζεται από (α) την έκταση και τη φύση της ανατομικής βλάβης στις στεφανιαίες αρτηρίες (ο πιο σπουδαίος παράγοντας), (β) την παρουσία ή απουσία προηγούμενου εμφράγματος μυοκαρδίου ή πολλαπλών περιοχών με τοιχωματικές ανωμαλίες περιλαμβανόμενης και της ίνωσης και (γ) άλλους παράγοντες με δυσμενείς για την πρόγνωση επιπλοκές ακόμα και στηθάγχη, δηλαδή, καρδιακή ανεπάρκεια, περιοχές με τοπική εξασθένιση της συστολής, με ασυνεργία ή δυσκινησία, κοιλιακές αρρυθμίες, η προχωρημένη ηλικία και υπέρταση ή υπόταση.

Η πρόγνωση είναι καλή και παρουσιάζει θνητότητα κάτω από 3%, στους ασθενείς στους οποίους τα συμπτώματα υποχωρούν εύκολα με τη θεραπεία και εμφανίζουν αντοχή στη δοκιμασία κόπωσης.

Μέτρια και κακή πρόγνωση έχει η στηθάγχη όταν επιμένει περισσότερο από ένα έτος και γίνεται σοβαρότερη όσο μεγαλύτερη διάρκεια έχουν οι στηθαγχικές κρίσεις, ώστε να απαιτούνται περισσότερα υπογλώσσια δισκία νιτρωδών για να υποχωρήσουν, και ακόμα βαρύτερη είναι η πρόγνωση εάν υπάρχουν ΗΚΦικές αλλοιώσεις "εν ηρεμία".

Η εσχειρητική τέλος θνητότητα επαναιμάτωσης των στεφανιαίων σε ασθενείς με ασταθή στηθάγχη είναι μικρότερη, εφόσον η εγχείρηση γίνει 3-4 εβδομάδες μετά την πάροδο του οξέως επεισοδίου.

4.β. Πρόγνωση του εμφράγματος του μυοκαρδίου:

Η γενική θνητότητα του οξέως εμφράγματος του μυοκαρδίου κατά τις 30 πρώτες ημέρες είναι 30-40% περίπου. Με τη χρήση μονάδας εντατικής θεραπείας η νοσοκομειακή θνησιμότητα είναι κάτω από 15%. Τους επόμενους μήνες η θνητότητα πέφτει σημαντικά και μετά τον 1 χρόνο η ετήσια θνητότητα βρίσκεται στα 3-5%. Οι περισσότεροι θάνατοι του πρώτου μήνα συμβαίνουν κατά τις πρώτες ώρες του οξέως εμφράγματος. Οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη θνητότητα από τους άνδρες.

Όσο πιο μεγάλη είναι η έκταση του εμφράγματος τόσο πιο ψηλή η θνητότητα κατά την οξεία φάση, όπως επίσης βαρύτερη είναι η νοσηρότητα από τις επιπλοκές. Στις περιπτώσεις αυτές η απόπειρα ετήσια θνητότητα υπερβαίνει τα 18-20%, ενώ σε ανεπίπλεκτο με ομαλή πορεία μικρής έκτασης έμφραγμα είναι χαμηλή 1-2%. Η πρόγνωση γενικά είναι βαρύτερη σε ασθενείς μεγάλης ηλικίας, άνω των 70 ετών, καθώς επίσης όταν υπάρχει σακχαρώδης διαβήτης, υπέρταση, πνευμονική νόσος και στις περιπτώσεις που συνεχίζεται το κάπνισμα.

Από κλινικής πλευράς η πρόγνωση θεωρείται επιβαρημένη αν υπάρχει δύσπνοια και στην ακρόαση διαπιστώνεται η παρουσία 4ου και 3ου τόνου.

Η μετεμφραγματική στηθάγχη επιβαρύνει την πρόγνωση όπως επίσης και η κατά την ακτινολογική εξέταση αύξηση του μεγέθους της καρδιακής σκιάς.

Το σιωπηρό έμφραγμα που αποκαλύπτεται τυχαίως εμφανίζει την ίδια πρόγνωση όπως και το έμφραγμα του μυοκαρδίου που παρουσιάζεται με πόνο.

4.γ. Προγνωστικά σημεία αιφνίδιου θανάτου σε στηθάγχη και έμφραγμα μυοκαρδίου

Σε ασθενείς με σταθερή στηθάγχη η θνητότητα οφείλεται κατά 50% περίπου σε αιφνίδιο θάνατο. Ο βαθμός της κατάσπασης του τμήματος ST στο ΗΚΦ, ο ρυθμός και η μορφολογία των εκτάκτων συστολών κατά τη δοκιμασία κόπωσης αποτελούν, μαζί με την ηλικία, προγνωστικούς παράγοντες του αιφνίδιου θανάτου.

Το 50% των θανάτων του πρώτου μηνός μετά από ένα οξύ στεφανιαίο επεισόδιο συμβαίνει τις πρώτες 1-2 ώρες του εμφράγματος και το 70-80% κατά το πρώτο 24ωρο. Η θνητότητα μετά την οξεία φάση του εμφράγματος του μυοκαρδίου είναι περίπου 10%, κατά το πρώτο έτος και στη συνέχεια 3-5% ετησίως. Ο αιφνίδιος θάνατος ευθύνεται για το ήμισυ περίπου της θνητότητας του πρώτου έτους και για σημαντικό ποσοστό αυτής κατά τα επακολουθούντα έτη.

Υποστηρίζεται ότι αν για οποιονδήποτε λόγο οι ασθενείς δεν μπορούν να ξεπεράσουν τα 6 min της δοκιμασίας κοπώσεως έχουν διπλάσια ετήσια θνητότητα συγκριτικά μ' εκείνους στους οποίους η δοκιμασία κοπώσεως είναι αρνητική.

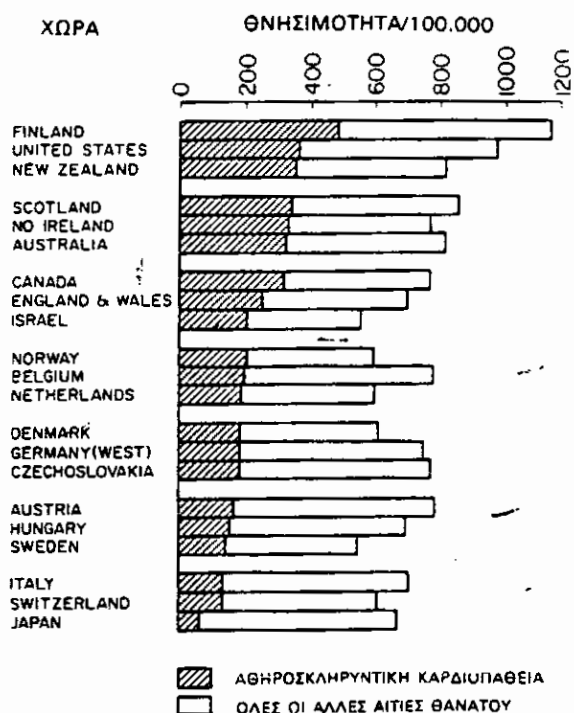
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ.

5.α. Επιδειμολογικές έρευνες.

Σημαντικός αριθμός πληροφοριών έχει συσσωρευθεί από επιδημιολογικές έρευνες σε διάφορες χώρες και σε ποικίλες πληθυσμιακές ομάδες της ίδιας χώρας. Γεωγραφικές διαφορές στη συχνότητα της στεφανιαίας αθηροσκλήρυνσης έχουν ανακοινωθεί τόσο σε μελέτες απο νεκροτομικό υλικό όσο και από μελέτες σε ζώντες πληθυσμούς. Η ειμ. 4 δείχνει τη θνησιμότητα της αθηροσκληρυντικής νό-



Ειμ. 4

Θνησιμότητα από αθηροσκληρυντική καρδιοπάθεια και από όλες τις άλλες αιτίες θανάτου σε 21 χώρες τό έτος 1967 και για άνδρες ηλικίας 45-54 ετών.¹²

σου και όλων των άλλων αιτιών θανάτου σε άνδρες ηλικίας 45-54 ετών σε 21 χώρες για το έτος 1967. Βεβαίως, οι στατιστικές του είδους αυτού έχουν περιορισμούς και ανακρίσεις ωστόσο, ορισμένα σημαντικά σημεία έχουν ξεκαθαριστεί: οι βλάβες της στεφανιαίας

αθηροσκλήρυνσης είναι συχνότερες και περισσότερο εκτεταμένες στις μεγαλύτερες ηλικίες, στους άνδρες σε σύγκριση με τις γυναίκες της γόνιμης ηλικίας, στους κατοίκους των πλούσιων χωρών και στα μέλη των πλούσιων τάξεων στις υπό ανάπτυξη χώρες.

Στην προσπάθεια διερεύνησης των υπεύθυνων παραγόντων για τον αυξημένο επιπολασμό της νόσου σε ορισμένες από τις χώρες που πλήττονται περισσότερο, βρέθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ θνησιμότητας της στεφανιαίας νόσου και του κατά κεφαλήν εισοδήματος, του τρόπου ζωής και της οικονομικής ανάπτυξεως. Σε άλλες έρευνες έγινε σύγκριση της συχνότητας της στεφανιαίας νόσου σε διάφορα οικονομικά στρώματα του πληθυσμού της ίδιας χώρας, σε οικογένειες των οποίων ορισμένα μέλη μετανάστευσαν από φτωχές σε πλούσιες χώρες και στις Ευρωπαϊκές χώρες κατά τη διάρκεια και μετά τις δραστικές μεταβολές της διατροφής και του τρόπου ζωής, που επέφερε ο Β΄ Παγκόσμιος Πόλεμος. Από τις έρευνες αυτές βρέθηκε ότι η συχνότητα της νόσου ποικίλλει άμεσα σε συνάρτηση με το οικονομικό επίπεδο διαβίωσης και ότι οι περιοχικές διαφορές της συχνότητας της στεφανιαίας αθηροσκληρωτικής νόσου δεν μπορούν να εξηγηθούν με μόνο τις διαφορές της φυλής, της εθνικής καταγωγής, της γεωγραφίας ή του κλίματος.

Η διατροφή είναι ένας από τους σαφείς παράγοντες που προέκυψαν από τις επιδημιολογικές έρευνες και αποτελεί τον πρωφανή δεσμό μεταξύ της αφθονίας αγαθών και αυξημένου κινδύνου στεφανιαίας νόσου. Τα τελευταία 30 χρόνια, πολλές επιδημιολογικές έρευνες σε πολλές χώρες κατέληξαν στο βασικό συμπέρασμα: η στεφανιαία αθηροσκλήρυνση είναι συχνή σε πληθυσμούς που διατρέφονται με τροφές πλούσιες σε θερμίδες, ολικό κερκορεσμένο λίπος, χοληστερόλη και ραφιναρισμένους υδατάνθρακες, ενώ είναι σπάνια ή

λιγότερο συχνή σε πληθυσμούς που διατρέφονται με φτωχές θερμίδες, ολικό λίπος, κηκορεσμένο λίπος και χοληστερόλη. Ολα αυτά θα αναλυθούν σε παρακάτω παραγράφους με περισσότερη λεπτομέρεια και σαφήνεια.

5.β. Στεφανιαία νόσος και επάγγελμα:

Πολλές έρευνες συσχετίζουν τη συχνότητα και τη βαρύτητα της κλινικής στεφανιαίας αθηροσκληρυντικής καρδιοπάθειας με διαφορές στην επαγγελματική δραστηριότητα. Οι άνδρες με καθιστικό επάγγελμα αποδείχτηκε ότι παρουσιάζουν θανατηφόρο έμφραγμα του μυοκαρδίου σε μικρότερη ηλικία απ' αυτούς που το επάγγελμα τους επιβάλλει σημαντική σωματική δραστηριότητα. Η οικονομική κατάσταση δε φαίνεται να αποτελεί σημαντικό παράγοντα. Σε μια προοπτική μελέτη 667 μεσήλικων ανδρών που εργάζονταν στα λεωφορεία του Λονδίνου, η αύξηση της συστολικής αρτηριακής πίεσης και της χοληστερόλης του ορού ήταν οι κύριοι προβλεπτικοί παράγοντες για την ανάπτυξη ισχαιμικής καρδιοπάθειας· ωστόσο, οι σωματικά δραστήριοι εισπράκτωρες εμφάνιζαν λιγότερα συμπτώματα ισχαιμικής καρδιοπάθειας από ότι οι καθιστικοί οδηγοί.

Οι αγρότες σαν ομάδα εμφανίζουν χαμηλότερη από τη μέση συχνότητα στεφανιαίας καρδιοπάθειας. Η ανάγκη εκτελέσεως βαριών σωματικών εργασιών ίσως αποτελεί παράγοντα επιλογής και αποκλείει από την αρχή τους ακατάλληλους· εναλλακτικά η σωματική δραστηριότητα των αγροτών ίσως ασκεί προφυλακτική δράση στις εκδηλώσεις της στεφανιαίας νόσου.

Ο Russek θεωρεί το συγκινησιακό stress που συνδέεται με τις επαγγελματικές ευθύνες σημαντικό παράγοντα κινδύνου της στεφανιαίας καρδιοπάθειας· τα άτομα που εμφανίζουν αυξημένο κίν-

δυνο περιγράφονται σαν επιθετικά, φιλόδοξα, που δεν αναπαύονται κατά τη διάρκεια της σχολής. Επί πλέον, η χαμηλή ικανοποίηση από το επάγγελμα, οι επαγγελματικές πιέσεις, οι ευθύνες και η υπερφόρτωση εργασίας, καθώς και οι μετακινήσεις λόγω του επαγγέλματος φαίνεται ότι συνοδεύονται από αυξημένη συχνότητα στεφανιαίας καρδιοπάθειας.

Ο Friedman περιγράφει τη σχέση μεταξύ προσωπικότητας τύπου Α και μεγάλης αυξήσεως της συχνότητας της κλινικής στεφανιαίας αθηροσκληρυντικής καρδιοπάθειας. Τα άτομα αυτά παρουσιάζουν έντονη φιλοδοξία, ανταγωνισμό και συνεχές αίσθημα επείγοντος· είναι πάντοτε προκατειλημμένα με χρονικές προθεσμίες και καταβάλλουν συνεχή προσπάθεια να επιτύχουν. Ωστόσο οι παράγοντες αυτοί οι σχετικοί με την ιδιοσυγκρασία και την προσωπικότητα ίσως επιδρούν στην επιλογή επαγγελμάτων με χρόνια κοινωνικοοικονομική πίεση και συγκινησιακό τραύμα.

Η σχέση του συγκινησιακού stress προς τη στεφανιαία αθηροσκλήρυνση και την αρτηριακή υπέρταση παραμένει αντιφατική.

Η στεφανιαία καρδιοπάθεια παραδοσιακά θεωρείται ότι συμβαίνει σε άτομα με βαριές ευθύνες, αυξημένη ψυχική τάση και συγκινησιακή πίεση, όπως π.χ. στους διευθυντές επιχειρήσεων. Ωστόσο, παρά την παραδοσιακή αυτή λαϊκή πίστη, οι διευθυντές των επιχειρήσεων και το ανώτερο προσωπικό εμφανίζουν φυσιολογική και ίσως μειωμένη συχνότητα κλινικής στεφανιαίας καρδιοπάθειας σε σύγκριση με άλλους εργαζομένους που κάνουν καθιστική δουλειά. Ωστόσο ο Friedman περιέγραψε ότι το περιοδικό έντονο επαγγελματικό stress συνοδεύεται από αύξηση της χοληστερόλης του ορού και επιτάχυνση του χρόνου πήξεως του αίματος· αυτό υπαινίσσεται σχέση προς κλινική στεφανιαία αθηροσκληρυντική καρδιοπάθεια.

Όλο και περισσότερες ενδείξεις συσσοοεύονται ότι η συστηματική σωματική δραστηριότητα αντιστρατεύεται στην ανάπτυξη κλινικής στεφανιαίας νόσου. Οι επαγγελματικές συνθήκες είναι δυνατό να επιβραδύνουν ή να επιταχύνουν την ανάπτυξη της στεφανιαίας καρδιοπάθειας μεταβάλλοντας τους στεφανιαίους παράγοντες κινδύνου. Οι συγκριτικές έρευνες σε πληθυσμιακές ομάδες με όμοια διατροφή αποδεικνύουν μεγαλύτερη συχνότητα ισχαιμικής καρδιοπάθειας και εμφράγματος του μυοκαρδίου σ' αυτούς που κάνουν καθιστική δουλειά σε σύγκριση με εκείνους που η δουλειά τους δεν είναι καθιστική. Η στεφανιαία καρδιοπάθεια παρατηρήθηκε συχνότερα στους υπαλλήλους των ταχυδρομείων, τους τηλεφωνητές και τους διευθυντές, απ' ό,τι στους ταχυδρομικούς διανομείς.

Η μεταθανάτια εκτίμηση της στεφανιαίας αθηροσκληρωτικής καρδιοπάθειας σε μεσήλικες άνδρες που πέθαναν από μη στεφανιαία αίτια έδειξε την έλλειψη σχέσεως μεταξύ επαγγελματικής σωματικής δραστηριότητας και εκτάσεως των αθηρομάτων των στεφανιαίων αρτηριών, κάποια σχέση μεταξύ αυξημένης επαγγελματικής δραστηριότητας και μικρότερης απόφραξης του αυλού των στεφανιαίων αρτηριών και μεγάλη σχέση μεταξύ αυξημένης επαγγελματικής σωματικής δραστηριότητας και μικρότερου βαθμού ισχαιμικής ινώσεως του μυοκαρδίου· η σωματική δραστηριότητα θεωρήθηκε σαν προασπιστικός παράγοντας εναντίον της εξέλιξης της στεφανιαίας αθηροσκληρωτικής καρδιοπάθειας.

5.γ. Το φύλο και η στεφανιαία νόσος: Η στεφανιαία νόσος είναι πιο συχνή στους άνδρες από ό,τι στις γυναίκες, σε σχέση περίπου 4:1· πριν την ηλικία των 40 ετών η σχέση αυτή είναι 8:1. Στους άνδρες η μεγαλύτερη συχνότητα είναι μεταξύ 50 και 60 ετών ενώ

στις γυναίκες μεταξύ 60 και 70 ετών. Στην ηλικία 70 ετών η συχνότητα στους άνδρες και τις γυναίκες είναι η ίδια. Η θνησιμότητα είναι τετραπλάσια στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες ως την ηλικία των 65 χρόνων.

5.δ. Η ηλικία και η στεφανιαία νόσος: το γεγονός της εμφάνισης στεφανιαίας νόσου αυξάνει προοδευτικά μετά τη μέση ηλικία. Μεταξύ των 59 και 75 χρόνων της ζωής είναι το διάστημα του μεγαλύτερου κινδύνου.

5.ε. Οικογενειακό ιστορικό στεφανιαίας νόσου: Από παλιά έχει παρατηρηθεί ότι ορισμένες οικογένειες έχουν την προδιάθεση ή εμφανίζουν αυξημένη ευπάθεια για ανάπτυξη πρόωρης στεφανιαίας νόσου. Αυτό ακριβώς το γεγονός είναι το θετικό οικογενειακό ιστορικό που μπορεί να αντανakλά (α) γενετική προδιάθεση στην ανάπτυξη της υπέρτασης, υπερλιπιδαιμίας, διαβήτη ή (β) επιδράσεις από το περιβάλλον, όπως δίαιτα, stress και τρόπος ζωής.

Για άνδρες κάτω των 55 χρόνων, ο στεφανιαίος θάνατος ανδρός πρώτου βαθμού συγγένειας κάτω των 55 αυξάνει τον κίνδυνο στεφανιαίου θανάτου τρεις φορές απ'ότι στο γενικό πληθυσμό. Για γυναίκες κάτω των 65 χρόνων ο στεφανιαίος θάνατος άνδρα πρώτου βαθμού συγγένειας κάτω των 55 αυξάνει τον κίνδυνο στεφανιαίου θανάτου πέντε φορές απ'ότι στο γενικό πληθυσμό. Σ'αυτές τις περιπτώσεις ο κίνδυνος στεφανιαίου θανάτου είναι μεγαλύτερος απ'ότι στους μεσήλικες άνδρες με αυξημένη χοληστερόλη ορού ή αυξημένη πίεση του αίματος. Οι άντρες με υπερχοληστερολαιμία που κληρονομείται με τον επικρατούντα χαρακτήρα κινδυνεύουν 15 φορές περισσότερο και ένα 50% πεθαίνει από στεφανιαία νόσο

πριν από την ηλικία των 60 χρόνων. Ο Slack πιστεύει ότι το οικογενειακό ιστορικό σαν παράγοντας κινδύνου πρόωρου στεφανιαίου θανάτου έχει υποτιμηθεί και ότι θα πρέπει να χρησιμοποιείται στην επιλογή ατόμων για εξέταση ενός υποσυνόλου με ψηλό κίνδυνο αντί για εξέταση του συνολικού πληθυσμού. Ο θάνατος από καρδιακή νόσο άνδρα ασθενή ηλικίας κάτω των 55 χρόνων και συγγενούς πρώτου βαθμού, αυξάνει πολύ τον κίνδυνο θανάτου από ισχαιμική καρδιοπάθεια για τις γυναίκες.

Παρ' όλο που η οικογενής αυτή τάση είναι δυνατό να οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες, δεν είναι απόλυτα ξεκαθαρισμένο σε τι βαθμό δρούν οι γενετικοί παράγοντες σε συνδυασμό με τους περιβαλλοντικούς, όπως είναι η διατροφή, οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, και οι λοιποί παράγοντες κινδύνου. Εκτός αυτού δεν υπάρχουν σαφείς πληροφορίες αναφορικά με τους μηχανισμούς γενετικής μεταβιβάσεως και με το αν οι μηχανισμοί αυτοί είναι τροποποιήσιμοι. Ένα σε κάθε 150 νεογνά εμφανίζει επίπεδο χοληστερόλης στο αίμα του ομφαλίου λώρου σαφώς παθολογικό, ενδεικτικό υπερλιποπρωτεϊναιμίας τύπου II. Η παθολογική αυτή αύξηση στα παιδιά φαίνεται ότι είναι δυνατό να διορθωθεί εν μέρει με διαιτητική και φαρμακευτική θεραπεία. Επομένως τα υπάρχοντα δεδομένα δε δικαιολογούν το απαισιόδοξο συμπέρασμα ότι τα άτομα που ανήκουν σε οικογένειες με πρόωρη αθηροσκληρυντική καρδιοπάθεια είναι καταδικασμένα κι αυτά να προσβληθούν πρόωρα από τη νόσο. Αντίθετα πρόσφατα δεδομένα δείχνουν ότι πολλοί παράγοντες κινδύνου είναι δυνατό να διορθωθούν. Γι αυτό στα άτομα από προδιατεθειμένες οικογένειες πρέπει να γίνεται προσπάθεια αναζήτησης των υπεύθυνων γενετικών διαταραχών και έναρξη μέτρων για την αντιμετώπισή τους, όπου αυτό είναι δυνατό.

5.ζ. Ανατρέψιμοι προδιαθεσικοί παράγοντες

Η στεφανιαία νόσος εμφανίστηκε σαν στηθάγχη σε 47% των ανδρών και 75% των γυναικών και σαν έμφραγμα σε 53% και 25% αντίστοιχα. Πολυπαραγοντική ανάλυση έδειξε ότι εννέα απ΄τους προδιαθεσικούς παράγοντες είχαν σημαντική συσχέτιση με την ηλικία της πρώτης εκδήλωσης της νόσου σε άνδρες και γυναίκες. Η συνύπαρξη παραγόντων προδιαθεσικών (ή κινδύνου) αυξάνει την πιθανότητα καρδιαγγειακού επεισοδίου. Σύμφωνα με τη μελέτη Framingham, η πιθανότητα του καρδιαγγειακού επεισοδίου μέσα σε οκτώ χρόνια, από 2% που ήταν σε ασθενείς χωρίς παράγοντες κινδύνου αυξήθηκε σε 49% όταν εμφανίστηκαν πέντε παράγοντες κινδύνου. Η πιθανότητα ήταν μικρότερη όταν υπήρχαν λιγότεροι παράγοντες κινδύνου (Kannel, Am J. Cardiol 38:46, 1976). Σε άτομα ηλικίας 70 χρόνων, χωρίς άλλους προδιαθεσικούς παράγοντες, ο συνδυασμός ηλικίας και συστολικής πίεσης του αίματος αυξάνει τρεις φορές την πιθανότητα καρδιαγγειακής νόσου μέσα σε οκτώ χρόνια, καθώς αυξάνεται η συστολική πίεση από 105 mmHg σε 195 mmHg. Σε άτομα ηλικίας 35-45 χρόνων, η πιθανότητα αυξάνεται μόνο 25-30% στις υψηλότερες πιέσεις.

Οι μηχανισμοί δράσης των δυσμενών αυτών συνθηκών που αυξάνουν την πιθανότητα αθηροσκλήρωσης δεν είναι ακριβώς γνωστοί αλλά ούτε και η ίδια η παθογένεση της νόσου. Παρ' όλα αυτά, οι παράγοντες κινδύνου συσχετίζονται σημαντικά με τα ευρήματα σε στεφανιαίες αγγειογραφίες (Vlietstra, 1980).

Παρακάτω θα αναφερθούν και θα αναλυθούν με σειρά αξιολόγησης οι προδιαθεσικοί ανατρέψιμοι παράγοντες, ανάλογα με τη σημασία που έχουν στην ανάπτυξη της αθηροσκλήρωσης των αγγείων και εμφάνιση στεφανιαίας νόσου:

1. Υπερλιπιδαιμία.

Τα τελευταία 20-30 χρόνια αναδρομικές και προοπτικές έρευνες έχουν αποδείξει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ επιπέδων των λιπιδίων του αίματος και νοσηρότητας και θνησιμότητας από στεφανιαία αθηροσκληρωτική νόσο. Τα λιπίδια του ορού έχουν ενδογενή και εξωγενή προέλευση, αποτελούνται από χοληστερίνη, φωσfolιπίδια και τριγλυκερίδια, που σχηματίζουν ειδικά συμπλέγματα, τις λιποπρωτεΐνες. Διακρίνονται τρία είδη λιποπρωτεϊνών: οι υψηλής πυκνότητας, HDL, οι χαμηλής πυκνότητας, LDL, και οι πολύ χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνες, VLDL.

Ένα μόριο HDL περιέχει 28% χοληστερίνη και 48-50% πρωτεΐνη. Οι HDL παράγονται στο ήπαρ και εν μέρει από το μεταβολισμό των χυλομικρών του εντέρου. Χρησιμεύουν για τη μεταφορά της χοληστερίνης από τους περιφερικούς ιστούς, περιλαμβανόμενου και του αρτηριακού τοιχώματος (δράση "οδοκαθαριστή") και τη μεταφέρουν στο ήπαρ όπου μεταβολίζεται και απεικκρίνεται. Με τον τρόπο αυτό οι υψηλές τιμές HDL υποδηλώνουν αυξημένη απομάκρυνση χοληστερίνης από τα περιφερικά κύτταρα και κυρίως τις αρτηρίες, οι οποίες προστατεύονται από την αθηρομάτωση. Η μείωση της HDL μπορεί να διαταράξει την κάθαρση της χοληστερόλης από το αρτηριακό τοίχωμα και να οδηγήσει σε τάραξη της ισορροπίας ανάμεσα στη διήθηση της χοληστερόλης στο πλάσμα και την κάθαρση της, προκαλώντας έτσι αυξημένη εναπόθεση χοληστερόλης. Υπάρχει λοιπόν μια ανάστροφη συσχέτιση των HDL και της στεφανιαίας νόσου. Χαμηλότερες τιμές χοληστερόλης παρατηρούνται στους άνδρες παρά στις γυναίκες πριν την εμμηνόπαυση, σε παχυσαρκία, στους καπνιστές σε καθιστική ζωή και υπερτριγλυκαριδαιμία. Η πυκνότητα αυξάνει με τη χορήγηση οιστρογόνων, τη μέτρια χρήση

οινοπνεύματος και τη σωματική άσκηση. Δεν είναι όμως γνωστό αν η αύξηση των HDL συντελεί στην σημαντική ελάττωση της στεφανιαίας νόσου. Χορήγηση οιστρογόνων στους άνδρες π.χ. αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης στεφανιαίας νόσου. Υπάρχει και κληρονομική ανωμαλία με χαμηλή τιμή HDL, η οποία εκδηλώνεται με πρόωρη εμφάνιση στεφανιαίας νόσου.

Οι φυσιολογικές τιμές της HDL είναι πάνω από 50mg/100ml.

Ένα μόριο LDL λιποπρωτεΐνης περιέχει 45% χοληστερίνη και μικρή ποσότητα πρωτεΐνης 20-25%. Σε υπερχοληστεριναιμία συνήθως είναι αυξημένη και η LDL, της οποίας ο κύριος ρόλος συνίσταται στη μεταφορά της χοληστερίνης από το ήπαρ στους περιφερικούς ιστούς.

Ένα μόριο VLDL περιέχει μεγάλη ποσότητα τριγλυκεριδίων και η αναλογία τους προς τη χοληστερόλη είναι περίπου 5:1. Οι VLDL παράγονται στο ήπαρ και χρησιμεύουν για τη μεταφορά των ενδογενών τριγλυκεριδίων στους περιφερικούς ιστούς.

Υπάρχουν και τα χυλομικρά, που είναι πλούσιες σε τριγλυκερίδια λιποπρωτεΐνες με ελάχιστη χοληστερίνη. Παράγονται στο έντερο και χρησιμεύουν για τη μεταφορά των εξωγενών λιπιδίων.

Από τα 3 είδη λιποπρωτεϊνών οι LDL και VLDL προκαλούν αθηροσκλήρυνση και κλινική εκδήλωση της στεφανιαίας νόσου. Έχειδειχτεί, ότι έμφραγμα μυοκαρδίου συμβαίνει στα 85% των ατόμων ηλικίας 60 χρόνων - σε αντιδιαστολή με ένα ποσοστό 20% του γενικού πληθυσμού (Slack 1969). Οι μισοί από τους άνδρες ασθενείς του Slack με υπερλιποπρωτεϊναιμία παρουσίασαν την πρώτη προσβολή από ισχαιμική καρδιοπάθεια μέχρι τα 50 χρόνια τους σε αντίθεση με το 12% των γυναικών.

Σύμφωνα με άλλες επιδημιολογικές έρευνες αποδείχθει μεγαλύτερη νοσηρότητα και θνησιμότητα της στεφανιαίας αθηροσκληρωτικής καρδιοπάθειας σε πληθυσμούς όπως των ΗΠΑ και της Φιλανδίας, με σχετικά υψηλότερα επίπεδα χοληστερόλης ορού σε σύγκριση με πληθυσμούς της Αφρικής και της Ιαπωνίας όπου τα επίπεδα χοληστερόλης είναι κατά 80-100 mg/100 ml χαμηλότερα.

Ο καθηγητής Ancel Keys παρουσίασε μία σχετική ευρεία επιδημιολογική έρευνα σε επτά χώρες και στην Ελλάδα. Από την έρευνα αυτή προέκυψε καθαρά ότι όσο χαμηλότερο είναι το μέγεθος της χοληστερόλης του αίματος (π.χ. κατώτερο από 2gr/l, το μέσο μέγεθος που διαπιστώθηκε στην Ιαπωνία, Γιουγκοσλαβία και Ελλάδα), τόσο χαμηλότερο είναι το μέγεθος θανάτων από στεφανιαία νόσο. Αυτή η σχέση φαίνεται καθαρά στην εικόνα 5.

Εικ. 5



Εγινε επίσης φανερό ότι η παλιά αντίληψη πάνω στα "φυσιολογικά" και "ανώτερα φυσιολογικά" όρια της χοληστερόλης του αίματος στο δεδομένο πληθυσμό είναι ίσως απατηλή, επειδή τα "φυσιολογικά" όρια έχουν καθοριστεί με τη μέτρηση των επιπέδων σε πρόδηλα φυσιολογικά άτομα διαφόρων ηλικιών. Είναι γεγονός ότι ασθενείς με επίπεδα χοληστερόλης πάνω από 300mg/100ml εμφανίζουν 4πλάσιο κίνδυνο στεφανιαίας νόσου σε σύγκριση με τους ασθενείς με επίπεδα χοληστερόλης κάτω των 200mg/100ml. Οι επιδημιολόγοι συνήθως παίρνουν σαν ανώτερο φυσιολογικό όριο της χοληστερόλης του ορού τα 200-240mg/100ml. Κατά τον

Fredrickson, επίπεδα χοληστερόλης πάνω από τα 220mg/100ml, ανεξάρτητα ηλικίας, πρέπει να θεωρούνται ύποπτα. Από την άποψη μείωσης του κινδύνου της στεφανιαίας αθηροσκλήρυνσης, τα επίπεδα χοληστερόλης ορού της τάξεως των 140-160mg/100ml πρέπει να θεωρούνται επιθυμητά, αν και δύσκολα κατορθωτά.

Η αύξηση των λιποπρωτεϊνών του αίματος μπορεί να είναι συγγενής ή δευτεροπαθής. Τα συνηθέστερα αίτια της δευτεροπαθούς ή επίκτητης υπερλιπιδαιμίας, που είναι συχνότερη από τη συγγενή, αποτελούν η αυξημένη λήψη χοληστερόλης, κεκορεσμένων λιπαρών οξέων και θερμίδων με την τροφή, ο σακχαρώδης διαβήτης, υπερθυρεοειδισμός, νεφρωσικό σύνδρομο, τεχνητό νεφρό, μεταμόσχευση νεφρού, απόφραξη χοληδόχου πόρου, φάρμακα όπως τα διουρητικά, κορτικοειδή, οιστρογόνα, αναστολείς των β-αδρενεργικών υποδοχέων κ.ά.

Η συγγενής υπερχοληστεριναιμία κυμαίνεται από 240-450mg/100 ml στους ετεροζυγώτες και είναι η πιο συνηθισμένη μορφή που συναντάται στην κλινική πράξη. Στους ομοζυγώτες η χοληστερίνη αίματος συνήθως φτάνει σε πολύ ψηλότερα επίπεδα.

Από την επισκόπηση του ενήλικου ασθενούς συχνά διαπιστώνονται σημεία της συγγενούς υπερχοληστεριναιμίας, όπως είναι τα μικρά ξανθώματα στις παλάμες, τα δάκτυλα ή πίσω από τα γόνατα, που φαίνονται σαν κίτρινη ελαφρά προβολή του δέρματος, και τα μεγαλύτερα ξανθώματα των τενόντων, που διακρίνονται σαν μεγαλύτερη σκληρή προβολή στις αρθρώσεις των άκρων χειρών, στον αχίλλειο τένοντα κ.ά. Άλλα σημεία της συγγενούς χοληστεριναιμίας είναι τα ξανθελάσματα που παρατηρούνται σε ποσοστό 20% των ενηλίκων σαν κίτρινη ανώμαλη προβολή του δέρματος των βλεφάρων και το γεροντότοξο.

2. Αρτηριακή υπέρταση

Η αύξηση της αρτηριακής πίεσης αποτελεί παράγοντα κινδύνου πρωταρχικής σημασίας και αποδεδειγμένης συσχέτισης με τη στεφανιαία νόσο. Η υπέρταση αυξάνει τη διήθηση των λιπιδίων από το πλάσμα στα κύτταρα του έσω χιτώνα, ιδιαίτερα όταν υπάρχει αύξηση των λιπιδίων του πλάσματος. Η υπέρταση, καθώς και η υπερλιπιδαιμία μπορεί να βλάψουν τον έσω χιτώνα και να προκαλέσουν πολλαπλασιασμό των λείων μυϊκών ινών του μέσου χιτώνα σαν "προστατευτικό" μηχανισμό (λόγω της αυξημένης τάσης στα τοιχώματα των αγγείων). Η αυξημένη ευπάθεια σε τραυματικές βλάβες και μεταβολές της πίεσης του πλευρικού τοιχώματος παίζει επίσης σημαντικό ρόλο. Η υπέρταση αποτελεί σήμερα το συνηθέστερο παράγοντα κινδύνου στην παθογένεση της στεφανιαίας αθηροσκλήρυνσης.

Σε μια μεγάλη ομάδα συνηθισμένων αυτοψιών, ο μέσος όρος του βαθμού σκλήρυνσης των στεφανιαίων αρτηριών ήταν εννεά (σε μια κλίμακα από 1-10) σε υπερτασικούς από 40 έως 49 χρόνων, ενώ βρέθηκε μικρότερες σε άτομα, ηλικίας 60 έως 70 χρόνων χωρίς υπέρταση (Lober 1953).

Σε πληθυσμιακό δείγμα των ΗΠΑ αποτελούμενο από 7.065 άνδρες ηλικίας 40-59 ετών, χωρίς συμπτώματα, βρέθηκε ότι η διαστολική πίεση ήταν κάτω από 80mmHg σε 1.575 (ποσοστό 22%), μεταξύ 80-89mmHg σε 2.736 (39%) και 90mmHg ή περισσότερο σε 2.754 (39%). Κατά την παρακολούθηση αυτού του πληθυσμιακού δείγματος επί 8,6 έτη παρατηρήθηκε ότι η θνητότητα από στεφανιαία νόσο ήταν 32% στην ομάδα με διαστολική πίεση (Δ.Π.) < 80mmHg, 44⁰/οο σε Δ.Π. 80-89mmHg, 56⁰/οο σε Δ. Π. 90-104mmHg, 96⁰/οο σε Δ.Π. 105-114mmHg και 98⁰/οο σε Δ.Π. >115mmHg.

Ετσι διαπιστώνεται ότι η λεγόμενη διαστολική υπέρταση 90-104mmHg, την οποία έχει η μεγάλη πλειονότητα των υπερτασικών ασθενών είναι στην πραγματικότητα σοβαρή υπέρταση, αφού παρουσιάζει θνητότητα από στεφανιαία νόσο σχεδόν διπλάσια από εκείνη των ατόμων με Δ.Π. < 80mmHg. Επί πλέον αναφέρεται ότι στη μεγάλη φυσιολογική ομάδα 80-89mmHg η επίπτωση της στεφανιαίας νόσου ήταν κατά 36% μεγαλύτερη παρ' όσον στα άτομα με διαστολική πίεση κάτω των 80mmHg.

Επισημαίνεται ότι τα ανωτέρω στοιχεία ισχύουν για άνδρες της 5ης και 6ης δεκαετίας. Στα ηλικιωμένα άτομα 60-80 ετών η υπέρταση εμφανίζει μεγαλύτερη επίπτωση και συνδυάζεται με σημαντική αύξηση της θνησιμότητας από στεφανιαία νόσο, εγκεφαλικό επεισόδιο ή άλλη αιτία. Στις υπερτασικές γυναίκες η θνητότητα από στεφανιαία νόσο είναι γενικά μικρότερη απ' όσον στους αντίστοιχης ηλικίας άνδρες.

Ένα άτομο ηλικίας άνω των 30 ετών θεωρείται υπερτασικό όταν σε δύο διαφορετικές εξετάσεις και 2-3 μετρήσεις σε κάθε εξέταση η μέση διαστολική πίεση είναι 90mmHg ή μεγαλύτερη. Σε οριακή ή αρχόμενη αρτηριακή υπέρταση η διάγνωση γίνεται ασφαλέστερα με καταστροφή συνεχή της αρτηριακής πίεσης. Η ιδεώδης αρτηριακή πίεση είναι 120/70-80mmHg. Στα νέα άτομα, η συστολική πίεση πάνω από 130mmHg θεωρείται παθολογική, διότι ο κίνδυνος του πρόωρου θανάτου κατά την επόμενη δεκαετία είναι αυξημένος, ιδιαίτερα αν συνδυάζεται με κάπνισμα ή παχυσαρκία. Σε αντιπροσωπευτικό δείγμα 2.016 ενηλίκων κατοίκων στην Αθήνα διαπιστώθηκε υπέρταση σε ποσοστό 28,37% : (α) με μόνιμη υπέρταση (170/95mmHg) 12,50%, (β) οριακή (140/90 - 160/90mmHg) 15,87%.

Στους υπερτασιακούς ασθενείς ο κίνδυνος εμφάνισης στεφανιαίας καρδιοπάθειας γίνεται μεγαλύτερος εάν συνυπάρχουν κι άλλοι σπουδαίοι προδιαθεσικοί παράγοντες, όπως η υπερτριγλυκεριδαιμία και το κάπνισμα, αυξάνει δε πολύ περισσότερο από την εποχή που το ηλεκτροκαρδιογράφημα θα εμφανίσει αλλοιώσεις υπερτροφίας της αριστερής κοιλίας.

Ο επιπολασμός της στεφανιαίας αθηροσκληρυντικής καρδιοπάθειας είναι σημαντικά υψηλότερος στα υπερτασιακά άτομα σε σύγκριση με τα ορθοστατικά. Ωστόσο, επιδημιολογικές και πειραματικές εργασίες υπαινίσσονται ότι η υπέρταση επιταχύνει την αθηροσκληρυντική επεξεργασία μόνο σε συνθήκες υπερλιπιδαιμίας και ότι στις περιπτώσεις αυτές το αποτέλεσμα της υπέρτασης είναι συνάρτηση του βαθμού διαταραχής των λιπιδίων. Οι στατιστικές των ασφαλιστικών εταιριών έχουν αποδείξει ότι η αναμενόμενη θνησιμότητα είναι πολλαπλάσια της φυσιολογικής στα άτομα που πάσχουν από υπέρταση. Η ευεργετική επίδραση της μείωσης της αρτηριακής πίεσης στη στεφανιαία αθηροσκληρυντική καρδιοπάθεια δεν έχει ακόμα τεκμηριωθεί αν και η Veterans Administration Study έδωσε τέτοια στοιχεία αναφορικά με την εγκεφαλική αθηροσκλήρυνση.

3. Σακχαρώδης διαβήτης.

Η εκδήλωση της στεφανιαίας νόσου και οι επιπλοκές της είναι συχνότερες στους διαβητικούς ασθενείς και ιδιαίτερα στις διαβητικές γυναίκες προδιαθεσικός παράγοντας θεωρείται και ο λανθάνων σακχαρώδης διαβήτης.

Ο διαβήτης προσβάλλει τη βασική μεμβράνη των τριχοειδών (μικροαγγειοπάθεια) όλων των ιστών. Προκαλεί ανωμαλίες στα μικρά στεφανιαία αγγεία καθώς και στις μεγαλύτερες αρτηρίες.

Στους διαβητικούς η αθηροσκλήρωση είναι συχνότερη και επέρχεται σε μικρότερη ηλικία (Waller 1980). Έχει δειχτεί ότι στους διαβητικούς η επίπτωση της στεφανιαίας νόσου είναι 2 έως 3 φορές μεγαλύτερη από τους μή διαβητικούς (Lober 1953), αλλά για άγνωστους λόγους η αιτία είναι συχνά η αγγειοπάθεια των μικρών και όχι των μεγάλων αγγείων.

Δεν είναι σπάνια η εμφάνιση στηθάγχης και εμφράγματος του μυοκαρδίου σε νέους ανθρώπους με νεανικό διαβήτη. Η μελέτη Whitehall στην Αγγλία έδειξε πως σε ασθενείς με παθολογική ανοχή γλυκόζης, η θνητότητα ήταν σχεδόν διπλάσια από ότι στην ομάδα σύγκρισης μετά από μια περίοδο παρατήρησης 7½ χρόνων (Fuller 1979 και 1980). Ο έλεγχος της υπεργλυκαιμίας σε διαβήτη, που εμφανίζεται στην ώριμη ηλικία, δε φαίνεται να επηρεάζει τη μεταγενέστερη στεφανιαία νόσο. Αυστηρά ελεγχόμενος νεανικός διαβήτης θεωρείται από μερικούς ότι παίζει προστατευτικό ρόλο, παρ' όλο που κάτι τέτοιο έχει αμφισβητηθεί.

Σε αναδρομικές μελέτες βρέθηκε ότι τα διαβητικά άτομα εμφανίζουν μεγαλύτερο επιπολασμό στεφανιαίων αθηροσκληρυντικών βλαβών, πιο εκτεταμένες βλάβες και αναπτύσσουν κλινική στεφανιαία νόσο σε μικρότερη ηλικία σε σύγκριση με τα μη διαβητικά. Είναι δύσκολο ωστόσο να απομονωθεί ο σακχαρώδης διαβήτης σαν παράγοντας κινδύνου, αφού είναι γνωστό ότι η παχυσαρκία, η υπέρταση και η υπερλιπιδαιμία είναι συχνές σε ασθενείς με διαταραχή του μεταβολισμού των υδατανθράκων. Υπάρχουν ορισμένες ενδείξεις ότι η αύξηση των επιπέδων της ινσουλίνης του αίματος ίσως παίζει ρόλο στην ανάπτυξη της αθηροσκλήρυνσης και ότι το αρτηριακό τοίχωμα είναι ινσουλινο-ευαίσθητος ιστός. Η έκθεση του αρτηριακού ιστού στην επίδραση της ινσουλίνης οδηγεί σε

υπερπλασία των λείων μυϊκών κυττάρων, ανατολή της γλυκόλυσης και σύνθεση χοληστερόλης, φωσφολιπιδίων και τριγλυκεριδίων.

Σε μελέτη 1.000 ασθενών με στεφανιαία νόσο στην Αθήνα βρέθηκε κλινικά έκδηλος σακχαρώδης διαβήτης σε υψηλό ποσοστό 21,9%, ενώ σε γενικό πληθυσμό της χώρας μας το αντίστοιχο ποσοστό είναι 6,25%. Η πρώτη εκδήλωση της στεφανιαίας ανεπάρκειας στους διαβητικούς ασθενείς είναι η σταθερή στηθάγχη και κατά δεύτερο λόγο το έμφραγμα του μυοκαρδίου, το οποίο μπορεί να εμφανιστεί χωρίς την τυπική κλινική εικόνα (σιωπηρό έμφραγμα). Η στεφανιαία νόσος εκδηλώνεται σε σχετικά νέα ηλικία εάν ο σακχαρώδης διαβήτης συνδυάζεται με προδιαθεσικούς παράγοντες αρτηριακής αθηροσκλήρωσης.

4. Κάπνισμα τσιγάρου

Σε μεγάλο αριθμό προοπτικών ερευνών υπολογίστηκε ο κίνδυνος της στεφανιαίας νόσου σε σχέση με το κάπνισμα τσιγάρων. Τα στατιστικά σχετικά στοιχεία είναι εντυπωσιακά. Γενικά, ο κίνδυνος ανάπτυξης στεφανιαίας καρδιοπάθειας ή ο κίνδυνος θανάτου είναι 2-6 φορές μεγαλύτερος στους καπνιστές από τους μη καπνιστές. Στο σύνολό τους δηλαδή οι καπνιστές έχουν 70% μεγαλύτερη πιθανότητα από τους μή καπνιστές να πάθουν στεφανιαία ανεπάρκεια. Ο κίνδυνος φαίνεται να είναι ανάλογος με τον αριθμό τσιγάρων ανά 24ωρο. Υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι η διακοπή καπνίσματος ελαττώνει τον κίνδυνο της στεφανιαίας νόσου.

Επιπλέον το κάπνισμα ευθύνεται, ιδίως στα νέα άτομα, για θανατηφόρες κοιλιακές αρρυθμίες και επεισόδια ενδοαρτηριακής θρόμβωσης λόγω δράσεως της νικοτίνης και του μονοξειδίου του άνθρακα.

Επίσης το κάπνισμα είναι ένας από τους αιτιολογικούς παράγοντες της περιφερικής αποφοακτικής αρτηριοπάθειας και του ανευρύσματος της αοσής. Αν ληφθεί υπόψη και η σχέση του με τον καρκίνο και τη χρόνια πνευμονική νόσο, τότε στους μεσήλικους η θνησιμότητα από οποιαδήποτε αιτία είναι σχεδόν διπλάσια στους καπνιστές σε σύγκριση με τους μη καπνιστές. Υποστηρίζεται ότι ο συνδυασμός καφέ και τσιγάρου είναι ακόμα πιο επιβλαβής από το κάπνισμα μόνο.

Η συνήθεια του καπνίσματος επίσης είναι καθοριστικός παράγοντας κινδύνου προώθησης της αθηροσκλήρωσης. Το κάπνισμα συσχετίζεται στενά με χαμηλά επίπεδα HDL χοληστερόλης και αυτό ίσως είναι ένας από τους μηχανισμούς για τις βλαβερές επιδράσεις του καπνίσματος. Το 30% του επιπλέον ποσοστού θανάτου που παρατηρείται στους καπνιστές οφείλεται στην ισχαιμική καρδιοπάθεια (Kannel 1978).

Σε ασθενείς με αθηροσκλήρωση η συχνότητα καπνίσματος είναι μεγάλη. Στη μελέτη Framingham, το 1949, τα 60% των ανδρών και τα 40% των γυναικών ήταν καπνιστές. Σήμερα τα ποσοστά αυτά έχουν αντιστραφεί. Το ποσοστό των γυναικών καπνιστριών παρουσιάζει μία συνεχή ανοδική επικίνδυνη πορεία.

4.α. Σημασία συνύπαρξης άλλων προδιαθεσικών παραγόντων:

Η βλαπτική επίδραση του καπνίσματος είναι έκδηλη σε πληθυσμούς που καταναλίσκουν άφθονα κορεσμένα λίπη και χοληστερίνη, δηλαδή ουσίες με τις οποίες ευνοείται η ανάπτυξη της αθηροσκλήρωσης. Στους Ιάπωνες με τη λιτή δίαιτα η σχέση του καπνίσματος και στεφανιαίας νόσου είναι μάλλον ασθενής.

Όσον αφορά τη στεφανιαία νόσο το κάπνισμα σχετίζεται περισσότερο με τον αιφνίδιο θάνατο, ιδιαίτερα στα νέα άτομα, και το έμφραγμα του μυοκαρδίου παρά με τη στηθάγχη. Ο κίνδυνος του θανατηφόρου ή μη στεφανιαίου επεισοδίου αυξάνεται πολύ περισσότερο εάν ο καπνιστής πάσχει από υπερλιπιδαιμία, υπέρταση ή σακχαρώδη διαβήτη. Σε μια εξαετή μελέτη οξέως εμφράγματος μυοκαρδίου στην ηλικία των 40 ετών αναφέρεται ότι: (α) Για τα άτομα που δεν κάπνιζαν και είχαν χοληστερίνη 185mg/100ml και διαστολική πίεση 80mmHg η πιθανότητα προσβολής από έμφραγμα μυοκαρδίου ήταν 7 στους 1.000. (β) Για τα άτομα που κάπνιζαν 40 τουγάρα την ημέρα και με τις παραπάνω τιμές χοληστερίνης αίματος η πιθανότητα προσβολής ήταν 20 στους 1.000. (γ) Για τους καπνιστές με χοληστερίνη αίματος 260mg/100ml περίπου και διαστολική πίεση 95mmHg η πιθανότητα εμφράγματος ήταν 50 στους 1.000.

Στο σύνολο του αμερικάνικου λαού υπολογίζεται ότι οι εκδηλώσεις της στεφανιαίας νόσου θα ήσαν κατά 25% λιγότερες εάν δεν υπήρχε το κάπνισμα. Το όφελος που θα προέκυπτε από την εξαφάνιση του καπνίσματος είναι μεγαλύτερο από εκείνο που θα απέδιδε η πλήρης θεραπεία της υπέρτασης ή της υπερλιπιδαιμίας, επειδή το κάπνισμα έχει προσβάλει μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού.

4.β. Βλαπτικοί μηχανισμοί του καπνίσματος. Ανατομικές αλλοιώσεις των στεφανιαίων αρτηριών:

Η νικοτίνη και το μονοξίδιο του άνθρακα είναι τα κυριότερα στοιχεία του καπνού που ευθύνονται βασικά για τα συμπτώματα που προκαλεί το κάπνισμα. Με τη νικοτίνη αυξάνονται οι κατεχολαμίνες στον ορό, οι οποίες προκαλούν αύξηση της καρδια-

κής συχνότητας και της αρτηριακής πίεσης και κατά συνέπεια αύξηση των απαιτήσεων του μυοκαρδίου σε οξυγόνο. Το μονοξειδίο του άνθρακα είναι κυτταρικό δηλητήριο. Μ' αυτό αυξάνεται η ανθρακυλαιμοσφαιρίνη του αίματος με αποτέλεσμα τη μείωση της παροχής του οξυγόνου στο μυοκάρδιο. Έτσι είναι δυνατή η διαταραχή του ισοζυγίου μεταξύ προσφοράς και απαιτήσεων του μυοκαρδίου σε οξυγόνο, οπότε συμβαίνει η κλινική εκδήλωση της στεφανιαίας νόσου. Η βλαπτική επίδραση της νικοτίνης και του CO παύει να υπάρχει μετά τη διακοπή του καπνίσματος.

Σε στεφανιαίους ασθενείς η μειωμένη, λόγω ανθρακυλαιμοσφαιρίνης, παροχή οξυγόνου στο μυοκάρδιο συχνά προκαλεί πρόωμη εμφάνιση στηθαγχικού πόνου και πρόωμη κατάσταση του ST κατά τη δοκιμασία κοπώσεως. Τα πρόωμα αυτά σημεία διαταραχής του ισοζυγίου μεταξύ προσφοράς και απαιτήσεων του μυοκαρδίου σε οξυγόνο κατά τη δοκιμασία κοπώσεως παρατηρούνται και όταν οι στεφανιαίοι ασθενείς είναι παθητικοί καπνιστές, δηλαδή εισπνέουν καπνό από άλλα άτομα που καπνίζουν.

Επιπλέον το κάπνισμα προκαλεί ελάττωση του μυοκαρδιακού ουδού για αρρυθμίες, με αποτέλεσμα τη συχνότερη εμφάνιση κοιλιακών έκτακτων συστολών, κοιλιακής ταχυκαρδίας ή κοιλιακής μαρμαρυγής. Επίσης προκαλεί ελάττωση της λειτουργικότητας της αριστερής κοιλίας, από πλευράς σε αιμοπεταλίων μείωση του χρόνου επιβίωσης και αύξηση της συγκόλλησης αυτών.

Τέλος έχει αποδειχθεί η καλύτερη πρόγνωση που έχει ο ασθενής με τις μέτριου βαθμού στενωτικές βλάβες των στεφανιαίων, εάν διακόψει το τσιγάρο μετά την προσβολή συγκοιτιικά με τον μη καπνιστή, ο οποίος παθαίνει το έμφραγμα συνήθως από μεγάλο βαθμού ανατομικές αλλοιώσεις.

5. Παχυσαρκία:

Η παχυσαρκία αναφέρεται συχνά σαν σημαντικός παράγοντας κινδύνου, που ευνοεί την αθηροσκλήρυνση, όμως είναι αμφίβολο εάν, μεμονομένη από άλλους παράγοντες κινδύνου, είναι πράγματι αθηροσκληρυντικός παράγοντας. Το βέβαιο είναι ότι οι περισσότεροι παχύσαρκοι έχουν αρτηριακή υπέρταση, η οποία ευθύνεται για την υπάρχουσα σχέση παχυσαρκίας και στεφανιαίας νόσου. Οσον αφορά τους άλλους προδιαθεσικούς παράγοντες η έρευνα έχει δείξει ασήμαντη συσχέτιση μεταξύ υπερχοληστεριναιμίας, ελάττωση της HDL χοληστερίνης και αύξησης του σωματικού βάρους. Επίσης η υπερουριχαιμία, η παθολογική ανοχή στη γλυκόζη και η υπερινσουλιαιμία, που συχνά συνοδεύουν την παχυσαρκία, δεν έχει αποδειχθεί ότι ευθύνονται για την αυξημένη επίπτωση του αιφνιδίου θανάτου και του μυοκαρδιακού εμφράγματος στους παχύσαρκους. Ενδιαφέρουσες είναι οι παρατηρήσεις, κατά τις οποίες η παχυσαρκία, αντίθετα με ό,τι πιστεύεται, ενίοτε συνδυάζεται με ολιγοφαγία και λήψη λιγότερων θερμίδων από το φυσιολογικό. Αυτή η παθολογική κατάσταση εναποθέσεως του λίπους μπορεί να συνδέεται με τον αυξημένο κίνδυνο αιφνιδίου θανάτου και των καρδιαγγειακών επεισοδίων στην παχυσαρκία.

Από τις καρδιολογικές εκδηλώσεις της παχυσαρκίας, το έμφραγμα του μυοκαρδίου εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα στις γυναίκες, στις οποίες έχει αυξημένη θνητότητα εάν η ανοχή τους στη γλυκόζη είναι παθολογική. Κατά την οξεία φάση του εμφράγματος οι παχύσαρκοι συχνά παρουσιάζουν σημαντική αύξηση των λιπαρών οξέων, τα οποία επιδεινώνουν τη μυοκαρδιακή ισχαιμία, προκαλούν αρρυθμίες και ελαττώνουν τη λειτουργικότητα της αριστερής κοιλίας. Τα πολλά λιπαρά οξέα οφείλονται σε αυξημένη λιπόλυση

από τις μεγάλες ποσότητες των κατεχολαμινών που κυκλοφορούν κατά τις πρώτες ημέρες του εμφράγματος. Σε εκσεσημασμένη παχυσαρκία με στεφανιαία νόσο μπορεί επίσης να εμφανιστούν σοβαρές αρρυθμίες στον ύπνο, εάν συμβαίνει περιοδική ελάττωση του βάθους της αναπνοής και άπνοια κατά τον ύπνο. Οι αρρυθμίες αυτές υποχωρούν με την ελάττωση του σωματικού βάρους και την υποχώρηση της άπνοιας.

6. Διατροφή - Δίαιτα

Η δίαιτα η πλούσια με ολικές θερμίδες, ολικά και κεκορεσμένα λίπη, χοληστερόλη, ραφιναρισμένα σάκχαρα και αλάτι θεωρείται μείζονας στεφανιαίος παράγοντας κινδύνου. Μια σειρά ερευνών σε διάφορους πληθυσμούς και πειραματόζωα έδωσαν στοιχεία που υποστηρίζουν τη σχέση διατροφής πλούσιας στα παραπάνω στοιχεία και αυξημένης συχνότητας και θνησιμότητας της πρόωρης στεφανιαίας αθηροσκληρυντικής καρδιοπάθειας.

Αντίθετα σε πληθυσμούς που τρέφονται με λιγότερες θερμίδες, όπως για παράδειγμα οι Ιάπωνες, λιγότερα ολικά και κεκορεσμένα λίπη και λιγότερη χοληστερόλη παρατηρήθηκε ότι τα μέσα επίπεδα χοληστερόλης του ορού είναι χαμηλότερα, καθώς και η συχνότητα και θνησιμότητα της πρόωρης αθηροσκληρυντικής καρδιοπάθειας.

Τα λιπίδια διατροφής, μέσω των επιδράσεων τους στα λιπίδια του ορού συνιστούν έναν από τους κύριους παράγοντες που παρεμβαίνουν στην εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου. Μεταξύ των διαφόρων λιπιδίων διατροφής, τα κεκορεσμένα λιπαρά οξέα εμφανίζονται ως τα βλαπτικότερα. Τα μόνο ακόρεστα λιπαρά οξέα δε φαίνεται να συνιστούν κίνδυνο. Αλλωστε η συχνότητα εμφάνισης

της στεφανιαίας νόσου είναι μικρότερη στις μεσογειακές χώρες, όπου η κατανάλωση μονοακόρεστων λιπών και οίνου είναι ψηλότερη, απ' ό,τι στις χώρες που βρίσκονται πλησιέστερα προς το βορρά της Ευρώπης.

Ο καθηγητής της Ελλάδας κ. Αραβανής έχει παρουσιάσει την ευρεία επιδημιολογική έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε επτά χώρες από τον καθηγητή Ancel Keys. Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν η διερεύνηση ύπαρξης συσχετίσεων μεταξύ των συνηθειών διατροφής, του τρόπου ζωής και της συχνότητας εμφάνισης των καρδιαγγειακών νόσων (ιδιαίτερα των παθήσεων της στεφανιαίας). Η μελέτη αυτή διεξήχθη παράλληλα στη Φιλανδία, Ελλάδα, Ολλανδία, Ιταλία, Ιαπωνία, Η.Π.α. και Γιουγκοσλαβία.

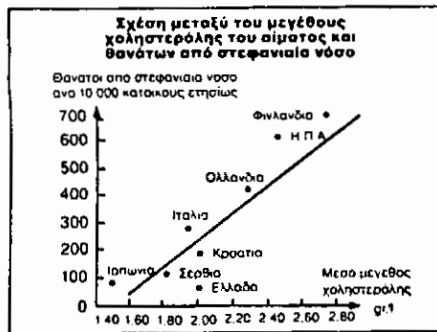
Στην Ελλάδα η έρευνα διευθύνθηκε από τον καθηγητή κ. Αραβανή. Η Ελλάδα ήταν μια από τις πρώτες χώρες που συμμετείχαν σ'αυτήν την έρευνα, διότι παρουσιάζει ένα πρότυπο μέγεθος καρδιαγγειακής θνησιμότητας: ήταν πράγματι, κατά την έναρξη της μελέτης, το χαμηλότερο όλων των δυτικών χωρών. Στην Ελλάδα επιλέχθηκαν δύο αγροτικές περιοχές για την πραγματοποίηση της έρευνας αυτής: τα νησιά της Κέρκυρας και της Κρήτης.

Οι πληθυσμοί των επτά χωρών παρακολουθήθηκαν τακτικά σύμφωνα με τυποποιημένες εξετάσεις. Αυτές οι εξετάσεις περιλάμβαναν κλινικές, ανθρωπομετρικές και βιολογικές αναλύσεις στις οποίες προστέθηκαν δεδομένα που αφορούσαν τη φυσική δραστηριότητα, τις καπνιστικές συνήθειες και τις συνήθειες διατροφής. Το σωματικό βάρος, η πίεση του αίματος, τα ηλεκτρο-καρδιογραφήματα κατά την ανάπαυση και κατά την προσπάθεια, οι λειτουργικές αναπνευστικές δοκιμασίες και η περιεκτικότητα του ορού σε λιπίδια αποτέλεσαν τις ιδιαίτερα σημαντικές μεταβλητές.

Αυτή η επιδημιολογική έρευνα προοπτικής 10 και 20 ετών επέτρεψε την απόδειξη σημαντικών συσχετίσεων μεταξύ επέλευσης των νόσων της στεφανιαίας, ορισμένων συνηθειών διατροφής και ορισμένων βιολογικών διαταραχών.

Στο επίπεδο της διατροφής προέκυψε σαφώς ότι το ποσοστό των θανάτων από στεφανιαία νόσο ήταν τόσο χαμηλότερο, όσο η διατροφή ήταν φτωχότερη σε κορεσμένα λιπαρά οξέα. Αυτή η παρατήρηση ήταν ιδιαίτερα φανερή στην Ελλάδα και στην Ιαπωνία, όπου τα κορεσμένα λιπαρά οξέα αποτελούν λιγότερα από το 10% της συνολικής πρόσληψης θερμίδων. Στην εικόνα 6 φαίνονται καθαρά τα αποτελέσματα αυτά.

Εικ. 6



7.α. Αλκοόλ: Η λήψη αλκοόλ τείνει να αυξήσει τα επίπεδα των τριγλυκεριδίων, τα οποία μπορεί να γίνουν αθηρογενητικά αλλά αυξάνει επίσης την HDL. Οποσδήποτε το τελευταίο δεν είναι απαραίτητα ευεργετικό, αφού το αλκοόλ αυξάνει κυρίως την HDL-3 μάλλον παρά την ευεργετική HDL-2. Οποιοσδήποτε μηχανισμός είναι εμπλεγμένος, ο κίνδυνος για στεφανιαία νόσο εμφανίζεται να είναι μικρότερος με τη μέτρια λήψη αλκοόλ, παρόλα τ' αντίθετα αποτελέσματα στην πίεση του αίματος, στα επίπεδα τριγλυκεριδίων και στον καρδιακό ρυθμό.

7.β. Καφές: Η λήψη καφέ, έχει ενοχοποιηθεί σαν ένας επιβαρυντικός παράγοντας στη στεφανιαία νόσο, σε διάφορες μελέτες. Διάφορες προοραματικές μελέτες παρουσιάζουν αποτελέσματα, που δείχνουν αυξημένους κινδύνους επίπτωσης της στεφανιαίας νόσου, όταν το κάπνισμα των τσιγάρων συνδυάζεται με τη λήψη του καφέ (πάνω από έξι φλυτζάνια την ημέρα).

7. Καθιστική ζωή - σωματική αδράνεια:

Η αποχή από κάθε σωματική αύξηση αποτελεί αξιόλογο προδιαθεσικό παράγοντα της στεφανιαίας νόσου. Η συνήθεια καθιστικής ζωής σχετίζεται με την παχυσαρκία, που προκαλεί, και η οποία προδιαθέτει σε διαβήτη και υπέρταση. Προκαλεί επίσης την ελάττωση ζωτικής χωρητικότητας των πνευμόνων και την ταχυκαρδία. Σε άτομα που παρουσιάζουν αυτά τα χαρακτηριστικά της καθιστικής ζωής, ο κίνδυνος θανάτου από στεφανιαία νόσο κατά τα επόμενα 12 έτη είναι 5 φορές μεγαλύτερος από όσο στα ασκούμενα άτομα. Αντιστρόφως η επί σειρά ετών και όλη τη διάρκεια του έτους ζωηρή σωματική άσκηση είτε κατά την επαγγελματική ενασχόληση είτε κατά τον ελεύθερο χρόνο συνδυάζεται με σαφή ελάττωση του κινδύνου προσβολής ή θανάτου από στεφανιαία νόσο. Προκαταρκτικά δεδομένα δείχνουν, ότι η σωματική αδράνεια μπορεί από μόνη της να μειώσει την πιθανότητα επιβίωσης, όταν συμβεί έμφραγμα του μυοκαρδίου γιατί άνθρωποι με ελλειπή σωματική δραστηριότητα έχουν λιγότερα παράπλευρα στεφανιαία αγγεία. Δεν επηρεάζει όμως την ίδια την αθηροσκληρυντική διαδικασία.

Ευεργετικά αποτελέσματα με μείωση του κινδύνου της στεφανιαίας νόσου κατά 25% έχουν διαπιστωθεί ακόμα και με ελαφρές

καθημερινές ασκήσεις, όπως το βάδισμα πάνω από πέντε "τετράγωνα" (blocks) ή άνοδο σκάλας με περισσότερες από 50 βαθμίδες. Αναφέρεται ότι σε βαριά σωματική εργασία με κατανάλωση ενέργειας πάνω από 9.500 Kcal την εβδομάδα ο κίνδυνος θανατηφόρου στεφανιαίου επεισοδίου ελαττώνεται κατά 50%, μπορεί δε να φτάσει τα 80-90% εάν οι εργαζόμενοι απφεύγουν το κάπνισμα και έχουν φυσιολογική αρτηριακή πίεση.

Η σωματική άσκηση οδηγεί στην αύξηση των υψηλής συχνότητας (προστατευτικών) λιποπρωτεϊνών HDL, αύξηση της κυτταρικής ευαισθησίας και ελάττωση της παχυσαρκίας. Η βελτίωση αυτών των παραγόντων της αθηροσκλήρυνσης συμβάλλει στα ευεργετικά αποτελέσματα της σωματικής άσκησης. Όμως ο κίνδυνος της στεφανιαίας νόσου παραμένει σχετικά χαμηλός, ιδιαίτερα στη ζωηρή άσκηση, ακόμα και αν υπάρχουν οι ανωτέρω αθηροσκληρυντικοί παράγοντες με την προϋπόθεση ότι η άσκηση γίνεται στον ίδιο βαθμό και είναι τακτική χωρίς χρονικά διαστήματα διακοπών.

Με την τακτική άσκηση, εκτός από τη φυσική ευεξία, επιτυγχάνεται μεγαλύτερη σωματική προσπάθεια σε μικρότερο καρδιακό έργο και αυτό είναι επίσης σπουδαίο αποτέλεσμα, ιδιαίτερα σε στηθαγχικούς ασθενείς, οι οποίοι θα μπορούν να κάνουν περισσότερα πράγματα με αραιότερες στηθαγχικές κρίσεις.

Όσον αφορά την υπέρταση η τακτική σωματική άσκηση συνδυάζεται με την ελάττωση της συστολικής και διαστολικής αρτηριακής πίεσης. Αποτελεσματικότερη είναι η έντονη άσκηση κατά την οποία ελαττώνεται το λίπος που θεωρείται υπεύθυνο για την αυξημένη επίπτωση της υπέρτασης στους παχύσαρκους.

8. STRESS και προσωπικότητα.

Ο ρόλος του ψυχολογικού παράγοντα στην παθογένεια της στεφανιαίας νόσου έχει επισημανθεί από τις αρχές του 20ου αιώνα και βρίσκεται υπό έρευνα από αρκετά χρόνια. Ο Roseman και Friedman (1976) συμπέραναν ότι η προσωπικότητα και τα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς του ατόμου, όπως η πίεση χρόνου και εργασίας, ανταγωνιστικότητα και επιθετικότητα είναι μεταβλητές ανεξάρτητες από τους άλλους παράγοντες κινδύνου, και σημαντικές όμως αιτίες στεφανιαίας νόσου. Η αμοιβαία επίδραση προσωπικότητας και κοινωνικοπολιτιστικών παραγόντων είναι ίσως περισσότερο σημαντική (Biörck 1975).

Στην επίδραση του stress και της ιδιαίτερης συμπεριφοράς αποδίδεται η αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα από στεφανιαία νόσο, που παρατηρείται σε ομάδες ατόμων συγκριτικά με άλλες πληθυσμιακές ομάδες, που έχουν στον ίδιο βαθμό τους κλασικούς προδιαθεσικούς παράγοντες, όπως το κάπνισμα, την υπέρταση και την υπερλιπιδαιμία.

Υπάρχουν μελέτες με πιθήκους που τους έκαναν να νοιώθουν stress και βρήκαν αυξημένες τάσεις στεφανιαίας νόσου, παρ' όλο που τους επέβαλαν δίαιτα με λίγη χοληστερόλη.

Το stress έχει ενοχοποιηθεί για σοβαρές κοιλιακές αρρυθμίες, αιφνίδιους θανάτους και οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου. Προκαλεί χρόνια άνοσο της πίεσης, σταθερές αλλαγές στις περιφερικές αντιστάσεις, διαταραχές της φλεβικής πίεσης, αλλαγές στο Η.Κ.Γ. Ανεβάζει επίσης τις κατεχολαμίνες (αδρεναλίνη - νοραδρεναλίνη) που προκαλούν θανατηφόρες αρρυθμίες. Καταστάσεις υπερκινητικές επίσης προκαλούν βλάβη του ενδοθηλίου με αποτέλεσμα συσσώρευση αιμοπεταλίων ή πρόκληση σπασμού.

Οι παρατηρήσεις αυτές αναφέρονται σε γεγονότα όπως ο θάνατος συζύγου, αλλαγή κατοικίας, πρόσθετος όγκος εργασίας, αφαίρεση υπηρεσιακών καθηκόντων ή απώλεια γοήτρου, τα οποία προκάλεσαν κατάθλιψη ανησυχία, θυμό ή κόπωση και συνέβησαν μήνες ή εβδομάδες προ του στεφανιαίου επεισοδίου. Η απογοήτευση από ανεργία, επαγγελματική ή οικογενειακή αποτυχία είναι πιθανόν ότι οδηγεί συχνότερα στη στεφανιαία νόσο.

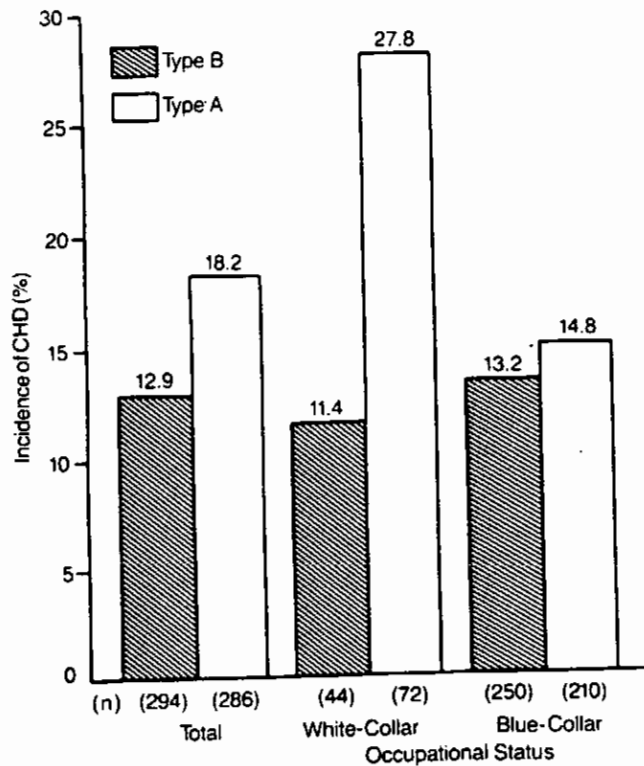
Η ψυχολογική αντίδραση στα ίδια γεγονότα του περιβάλλοντος διαφέρει από άτομο σε άτομο, και stress παθαίνει εκείνος που τα ερμηνεύει με έντονο συναισθηματισμό. Επίσης έχει παρατηρηθεί ότι η στεφανιαία κρίση εμφανίζεται στον άνθρωπο με stress συνηθέστερα για γεγονότα, όπως η απώλεια του ή της συζύγου, τα οποία ελάχιστα μπορεί να επηρεάσει ο ίδιος και όχι για επεισόδια, π.χ., με τον διευθυντή του που μπορεί να αποφύγει.

Προσωπικότητα τύπου Α:

Πολλοί συγγραφείς πιστεύουν ότι άτομα με προσωπικότητα τύπου Α κινδυνεύουν περισσότερο από άτομα με προσωπικότητα τύπου Β. Στον τύπο Α περιλαμβάνονται φιλόδοξα, ανήσυχια, δραστήρια, επιθετικά άτομα με πολλούς στόχους υπό προθεσμία, τους οποίους είναι δύσκολο να φτάνει κανείς. Αντιδρούν έντονα, σχεδόν εχθρικά, στις αλλαγές του περιβάλλοντος και ομιλούν γρήγορα με έμφαση. Μελετούν περισσότερο, παίρνουν μεγαλύτερους βαθμούς στα εκπαιδευτήρια και βιάζονται να επιτύχουν επαγγελματικά. Εκείνοι που δεν έχουν αυτά τα χαρακτηριστικά ανήκουν στον τύπο Β. Η σχέση της προσωπικότητας Α με τη στεφανιαία νόσο έχει παρατηρηθεί για τη στηθάγχη, το έμφραγμα του μυοκαρδίου

και υποτροπές με θανατηφόρα επεισόδια. Πάντως γίνεται δεκτή η ύπαρξη ενός γεγονότος που προέρχεται από το περιβάλλον, στο οποίο τα άτομα τύπου Α αντιδρούν με έντονο stress και καταλήγουν στη στεφανιαία νόσο. Συχνά το stress αυτό, εκδηλώνεται σαν απογοήτευση από αποτυχία μιας έντονης και παρατεταμένης προσπάθειας να επιτευχθεί κάποιος στόχος που τελικά εγκαταλείπεται.

Από βιοχημικής πλευράς τα άτομα τύπου Α κατά τη διάρκεια stress παρουσιάζουν βραχύτερο χρόνο πήξεως, υψηλότερες τιμές κατεχολαμινών στο αίμα και, μετά έντονη άσκηση, αυξημένη συγγολητικότητα των αιμοπεταλίων συγκριτικά με τα άτομα του τύπου Β. Επίσης οι ακραιφενέστεροι του τύπου Α αναφέρεται ότι έχουν υψηλότερα επίπεδα λιποδιαμίας. Εικόνα 7.



Εικ. 7
Ten-year incidence of coronary heart disease among men age 45 to 64 years by occupational status by types A and B behavior patterns.

Στη μελέτη Framingham, σε άνδρες κάτω από 65 χρόνων, οι συχνές αλλαγές εργασίας σχετίζονται με αυξημένη επίπτωση στη στεφανιαία νόσο. Επίσης η ευαισθησία στο θυμό μπορεί να συνεισφέρει στον κίνδυνο.

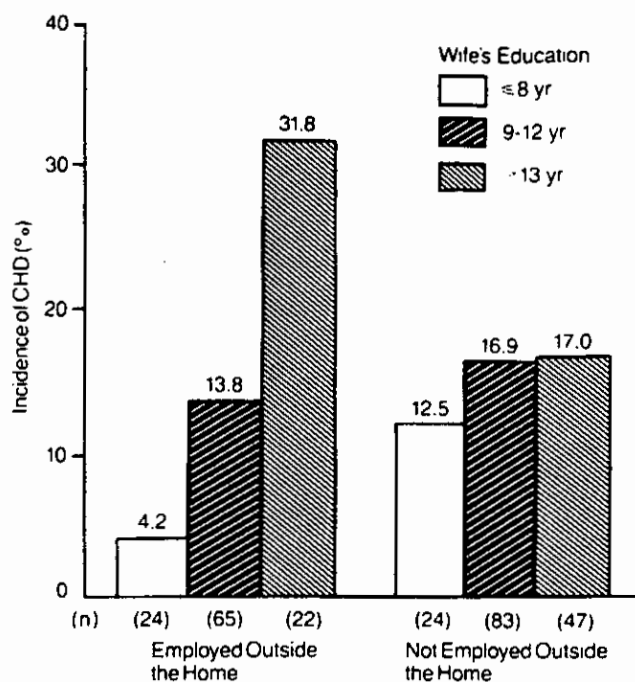
Οι γυναίκες που στο μεγαλύτερο διάστημα εργάστηκαν έξω από το σπίτι και ανέπτυξαν στεφανιαία νόσο ήταν πió πιθανό να είχαν προσωπικές ανησυχίες, ταραχές και περισσότερες αλλαγές εργασιών.

Μεταξύ νοικοκυρών παράγοντες προδιαθεστικοί ήταν συμπτώματα ευαισθησίας και άγχους.

Γυναίκες που δούλευαν σαν υπάλληλοι, είχαν αυξημένο ρυθμό στεφανιαίας νόσου απ'αυτές με τις white collar jobs. Με τον όρο "white collar jobs", εννοούνται οι δουλειές εκείνες, που χροιάζονται μορφωμένα και δραστήρια άτομα, και δεν είναι στάσιμες. ΟΙ εργαζόμενοι σ'αυτές τις δουλειές έχουν ξεφύγει από τη ρουτίνα της καθημερινότητας και προσπαθούν ν' ανέβουν συνεχώς όλο και πιο ψηλά επαγγελματικά, προσπαθώντας να φτάσουν από τους κατορθωτούς μέχρι τους πιο ακατόρθωτους στόχους.

Οι γυναίκες επίσης που ανέφεραν δυσκολία να κοιμηθούν είχαν διπλάσιο κίνδυνο στεφανιαίας καρδιοπάθειας από τις υπόλοιπες.

Ανδρες, που παντρεύτηκαν υψηλά εκπαιδευμένες γυναίκες, είχαν σχεδόν έναν τριπλάσιο αυξημένο κίνδυνο, αλλά μόνο εάν η γυναίκα τους ήταν εργαζόμενη έξω από το σπίτι. Ανεξάρτητα από την κοινωνική τους τάξη, άνδρες που παντρεύτηκαν γυναίκες με "white collar jobs" ήταν περισσότερο από τρεις φορές υποψήφιοι να αναπτύξουν στεφανιαία νόσο, απ'αυτούς που παντρεύτηκαν γυναίκες υπαλλήλους ή νοικοκυρές. Εικόνα 8.



Ten-year incidence of coronary heart disease among men age 45 to 64 years by wife's employment status and educational level.

Εικ. 8

Είναι τέλος ενδιαφέρον ότι υψηλά εκπαιδευμένες γυναίκες που άντρες τους ανέπτυξαν στεφανιαία νόσο, αναφέρονται να είναι πιο πιθανό να έχουν προϊστάμενο που δεν τους υποστηρίζει και λιγότερες προαγωγές εργασίας από γυναίκες με άνδρες χωρίς στεφανιαία νόσο.

9. Αντισυλληπτικά δισκία:

Η αντισύλληψη κατά της εγκυμοσύνης που περιέχει οιστρογόνα είναι ευρέως χρησιμοποιούμενη. Επίσης οιστρογόνα συχνά χρησιμοποιούνται από γυναίκες που βρίσκονται στην εμμηνόπαυση. Υπάρχουν αρκετές ενδείξεις ότι γυναίκες που παίρνουν αντισυλληπτικά δισκία εμφανίζουν σταθερά αυξημένο κίνδυνο στεφανιαίας καρδιοπάθειας σε σύγκριση με τις γυναίκες που δεν παίρνουν. Σε μια έρευνα ο κίνδυνος θανάτου από έμφραγμα του μυοκαρδίου βρέ-

θηκε μεγαλύτερος κατά 2,84 φορές σε γυναίκες ηλικίας 40-44 ετών.

Γενικά, τα αντισυλληπτικά δισκία πιστεύεται ότι ενεργούν συνεργικά με άλλους παράγοντες χαρακτηριστικά, όπως Α.Π., παθολογική ανοχή της γλυκόζης ή υπερτριγλυκεριδαιμία. Επίσης μπορούν να δράσουν αθηρογεννητικά. Όταν χρησιμοποιούνται για πολύ χρόνο, πέρα από την ηλικία των 35 ετών, και σε συνδιασμό με το κάπνισμα τσιγάρων μπορούν αξιολογούμενα να αυξήσουν τον κίνδυνο των θρομβοεμβολών όπως η στεφανιαία νόσος και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.

Γυναίκες που παίρνουν οιστρογόνα έχουν HDL χοληστερίνη περίπου 20% υψηλότερη απ'αυτές που δεν παίρνουν. Η σημασία της πληροφορίας αυτής δεν είναι σαφής (Gordon, Ann Intern Med 1977), και γίνεται πιο συζητήσιμη επειδή τα θρομβοεμβολικά επεισόδια είναι πιο συχνά στις γυναίκες που παίρνουν τις ουσίες αυτές, που περιέχουν διάφορες ποσότητες οιστρογόνων και προγεστερόνης.

Οι μηχανισμοί με τους οποίους η εμμηνόπαυση επιδρά στη στεφανιαία νόσο δεν έχει διευκρινιστεί. Η νόσος είναι σπάνια σε γυναίκες πριν την εμμηνόπαυση, πολύ πιο σπάνια απ'ότι σε άνδρες της ίδιας ηλικίας, και συνήθως συνδέεται με έναν από τους άλλους παράγοντες κινδύνου που αναφέρθηκαν παραπάνω. Αντίθετα, υπάρχει μια σημαντική αύξηση της συχνότητας καρδιαγγειακών νόσων με την εμμηνόπαυση (ιδιαίτερα όταν η τελευταία γίνει χειρουργικά) που είναι πιο φανερό για την ομάδα ηλικίας 40-44 χρόνων. Κανείς από τους γνωστούς παράγοντες κινδύνου δε φαίνεται να εξηγεί την αύξηση της συχνότητας εμφάνισης της στεφανιαίας νόσου σαν αποτέλεσμα της εμμηνόπαυσης. Επιπρόσθετοι ορμονικοί παράγοντες διερευνούνται.

Υπερτασικές γυναίκες (διαστολική αρτηριακή πίεση μεγαλύτερη από 120mmHg), πριν από την εμμηνόπαυση δεν προστατεύονταν από τη στεφανιαία νόσο. Από αυτές κάτω των 45 χρόνων 22% είχαν στηθάγχη (Mackay 1980).

10. Προσταγλανδίνες και αυξημένη τάση για θρομβώσεις:

Οι προσταγλανδίνες είναι τοπικές ορμόνες που συνθέτονται από όλους τους ιστούς στον, ή κοντά στον τόπο δράσης τους. Επειδή καταστρέφονται στους πνεύμονες, λίγες μόνο ανιχνεύονται στο αίμα. Η βιβλιογραφία τους τα 2-3 χρόνια είναι πλούσια, γιατί έχει βρεθεί ότι ένας αριθμός προσταγλανδινών σχηματίζεται από το μεταβολισμό ενός ακόρεστου λιπαρού οξέος, του αραχιδονικού (Dusting, 1979).

Ανάλογα με την πορεία της αποικοδόμησης, οι ουσίες που ευνοούν τη συγγόληση των αιμοπεταλίων (θρομβοξάνες) και εκείνες που εμποδίζουν τη συγκυκλίνες) ίσως, με τα αντιθετικά τους αποτελέσματα, επιδράσουν στο τελικό αποτέλεσμα προς ή εναντίον της συγκόλλησης των αιμοπεταλίων (Samuelsson 1978, Harker 1980, Smith 1980). Η προσκόλληση των αιμοπεταλίων θεωρείται ένα σημαντικό στοιχείο στην ανάπτυξη των αθηρωματικών πλακών, και μια πρόσφατη θεωρεία υποδεικνύει ότι μια ανεπάρκεια προστακυκλινών ίσως επιτρέπει την αύξηση του ρυθμού στη συγκόλληση των αιμοπεταλίων. Ομοια και μια αύξηση των προστακυκλινών ίσως ελαττώνει την προσκόλληση των αιμοπεταλίων και τις αντιστάσεις των στεφανιαίων αρτηριών και βελτιώσει τη στεφανιαία ροή. Η ασπιρίνη και η ινδομεθακίνη αναστέλλουν σε μια πρόιμη φάση το μεταβολισμό του αραχιδονικού οξέος.

11. Άλλοι παράγοντες:

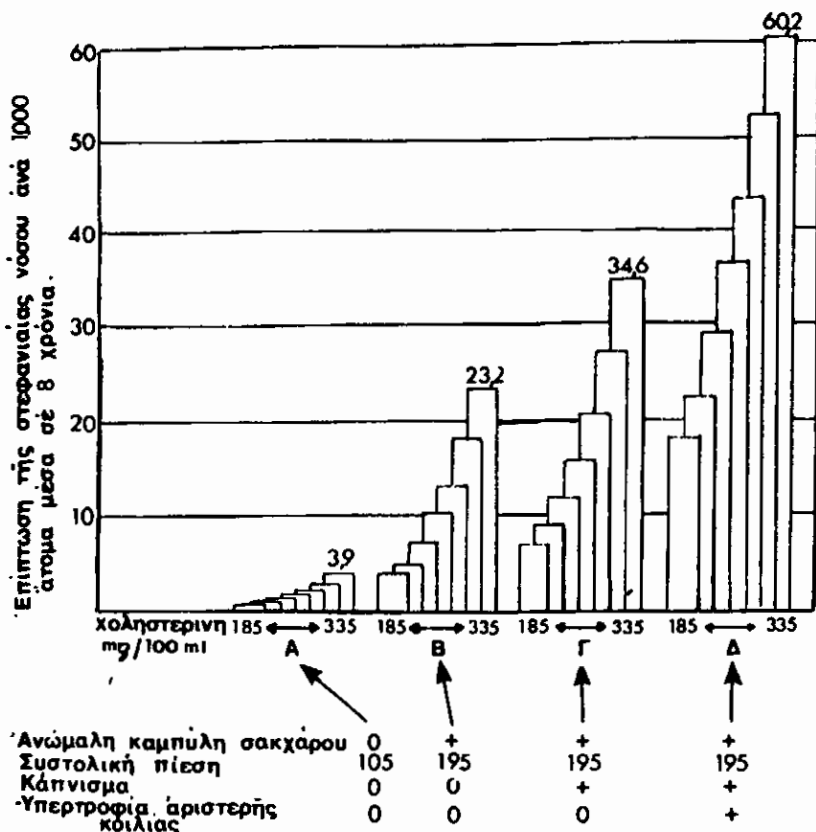
Ο βαθμός σκληρότητας του πόσιμου νερού, που κάποτε θεωρήθηκε σημαντικός παράγοντας κινδύνου, έχει αποδειχθεί πρόσφατα, από διάφορες επιδημιολογικές μελέτες, ότι είναι μικρής σημασίας. Στην Αγγλία διαπιστώθηκε αονητική πληθυσμιακή συσχέτιση ανάμεσα στη σκληρότητα του πόσιμου νερού και στη στεφανιαία νόσο. Σε άλλες χώρες και ιδιαίτερα στις Η.Π.α. θεωρείται ότι η σχέση αυτή δεν έχει τεκμηριωθεί επαρκώς. Είναι δυνατό π.χ. η σχέση να οφείλεται στη διάφορη περιεκτικότητα του νερού σε ιχθυοστοιχεία. Στο παρελθόν, είχαν ενοχοποιηθεί η ουρική αρθρίτιδα, η υπερουριχαιμία και ο υπερθυρεοειδισμός, αλλά είναι ασήμαντοι παράγοντες.

Επιδημιολογικές έρευνες επίσης έχουν δείξει ότι η υπερτροφία της αριστερής κοιλίας, ιδιοπαθής ή δευτεροπαθής από οποιοδήποτε αιτία, αποτελεί ανεξάρτητο και σοβαρό παράγοντα αθηροσκλήρυνσης των αρτηριών.

5.η. Σημασία προδιαθεσικών παραγόντων.

Η συνύπαρξη δύο ή περισσότερων προδιαθεσικών παραγόντων σε ένα άτομο αυξάνει, θα έλεγε κανείς, κατά γεωμετρική πρόοδο, την πιθανότητα εμφάνισης στεφανιαίας νόσου. Τόσο στον άντρα όσο και στη γυναίκα φαίνεται ότι ο ένας παράγοντας κινδύνου "μεγεθυώνει" τον βλαπτικό ρόλο του άλλου και όταν συνυπάρχουν πολλοί παράγοντες η πιθανότητα επίπτωσης της στεφανιαίας νόσου είναι δυνατό να αυξηθεί πάνω από 15 φορές συγκριτικά με την επίπτωση της νόσου σε άτομα που δεν έχουν κανένα προδιαθεσικό παράγοντα.

Εικόνα 9.



Η πιθανότητα εμφάνισης στεφανιαίας νόσου αυξάνεται κατά 15 φορές εάν συνυπάρχουν όλοι οι παράγοντες κινδύνου (Δ) συγκριτικά με την περίπτωση που δεν υπάρχει κανένας παράγων κινδύνου (Α). (Από Assman. Εις: Ανθόπουλος Λ.: «Σύγχρονες απόψεις πάνω στην πρόληψη της ισχαιμικής καρδιοπάθειας.Ελλην. Καρδιολ. Επιθ. 1986).

Στις προοπτικές επιδημιολογικές μελέτες μεγάλης κλίμακας παρατηρήθηκε ότι ο στεφανιαίος κίνδυνος σε άτομα με δύο προδιαθεσικούς παράγοντες δεν είναι το απλό άθροισμα των δύο επιμέρους κινδύνων αλλά κατά πολύ μεγαλύτερος. Για παράδειγμα το κάπνισμα τσιγάρων συνοδεύεται από 3πλάσια έως 5πλάσια αύξηση του σχετικού στεφανιαίου κινδύνου και η παρουσία επιπέδων χοληστερόλης πάνω από 275mg/100ml με 3πλάσιο ή 5πλάσιο κίνδυνο σε σύγκριση με τα επίπεδα χοληστερόλης κάτω των 225mg/100ml. Αν οι δύο αυτοί παράγοντες συνυπάρχουν, ο στεφανιαίος κίνδυνος γίνεται 14-16 φορές μεγαλύτερος (αντί για 6-9 φορές) σε σύγκριση με τον κίνδυνο των ατόμων χωρίς κανέναν από τους παράγοντες αυτούς. Τα αποτελέσματα τόσο της Gas Company Study που ανακοινώθηκαν από τον Stamler όσο και της Framingham

Study έδειξαν την προοδευτική και πρόδηλα συνεργική επίδραση της παρουσίας δύο, τριών ή τεσσάρων παραγόντων κινδύνου (υπερτάσεως, καπνίσματος τσιγάρων, αύξηση της χοληστερόλης του ορού, παχυσαρκίας).

Οι παρατηρήσεις αυτές δείχνουν την πολυπλοκότητα της αθηροσκληρυντικής επεξεργασίας. Είναι σαφές ότι κανένας παράγοντας μόνος του δεν είναι εξ' ολοκλήρου υπεύθυνος για την ανάπτυξη της αθηροσκληρυντικής βλάβης και ότι πολλαπλοί παράγοντες συνεργούν σε διάφορα σημεία ίσως και με διαφορετικούς αλληλοσυσχετιζόμενους μηχανισμούς.

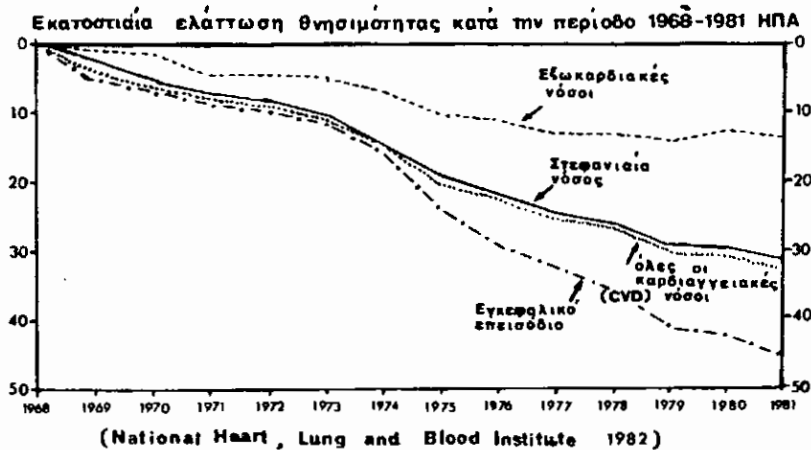
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ

Γενικά

Η βόρεια Καρελία είναι επαρχία της Φιλανδίας, η οποία το 1971 είχε τη μεγαλύτερη στον κόσμο θνητότητα από στεφανιαία νόσο. Τόσο αποφασίστηκε και έγινε δεκτή η σύσταση ενός προγράμματος υγιεινοδαιτητικής αγωγής, με συμβουλές σε κάθε κάτοικο της επαρχίας για διακοπή του καπνίσματος, διατροφή με λιγότερα λίπη και περισσότερα λαχανικά, αποφυγή της παχυσαρκίας και έλεγχο της αρτηριακής πίεσης. Το 1979 η θνητότητα από στεφανιαία νόσο είχε βελτιωθεί κατά 24% στους άνδρες και 51% στις γυναίκες, ποσοστά σημαντικά μεγαλύτερα από εκείνα της γενικής βελτίωσης που παρατηρήθηκε σε όλη τη Φιλανδία.

Στις Η.Π.Α. από το 1968 σημειώθηκε ελάττωση στεφανιαίας νόσου κατά 30% περίπου. Στην εικόνα 10 φαίνεται καθαρά η ελάτ-



Εικ. 10

Στις ΗΠΑ η θνητότητα από στεφανιαία νόσο ελαττώθηκε περισσότερο από 30% κατά την περίοδο 1968-1981.

τωση αυτή της νόσου χάρη στην ευεργετική επίδραση της πρόληψης. Είναι βεβαιωμένο ότι οι μορφωμένοι άνθρωποι στις Η.Π.Α. ακολουθούν σε μεγαλύτερο ποσοστό το πρόγραμμα υγιεινής διατροφής, διακοπής του καπνίσματος, ελέγχου της αρτηριακής πίεσης και καθημερινής σωματικής άσκησης. Για παράδειγμα αναφέρεται ότι την

περίοδο 1950-1954 η θνητότητα από στεφανιαία νόσο στους γιατρούς άνδρες της Καλιφόρνιας ήταν κατά 15% μεγαλύτερη από την αντίστοιχη θνητότητα του υπόλοιπου πληθυσμού. Κατά την περίοδο 1975-1979 η θνητότητα των γιατρών ανδρών μειώθηκε κατά 31%, αυτό δε το ποσοστό υπερέβαινε κατά 40% και πλέον τη γενική βελτίωση της θνητότητας των λευκών ανδρών της χώρας. Στις αρχές της δεκαετίας του 1950 η πλειονότητα των γιατρών ανδρών κάπνιζε, όπως όλοι οι άνδρες της εποχής, ενώ κατά την περίοδο 1975-1979 το ποσοστό των γιατρών που κάπνιζαν ήταν μόνο 10%, σημαντικά μικρότερο από το 40% των λευκών ανδρών όλου του πληθυσμού που εξακολουθούσαν να καπνίζουν.

Η ελάττωση της θνητότητας από στεφανιαία νόσο στις Η.Π.Α. αποδίδεται κυρίως στην αλλαγή του τρόπου ζωής του πληθυσμού, δηλαδή στην πρόληψη της στεφανιαίας νόσου και πολύ λιγότερο στη θεραπεία αυτής. Υποστηρίζεται ότι μέχρι το 1974 ήταν ασήμαντη η συμβολή της θεραπείας της στεφανιαίας νόσου στην κάμψη της θνητότητας. Εκτοτε παρατηρείται κάποιος ρόλος συντηρητικής θεραπείας, ιδίως μεταξύ της 1ης και 30ής ημέρας ενός οξέος στεφανιαίου επεισοδίου. Επίσης κατά τα τελευταία χρόνια πιθανή είναι η συμβολή στη γενική κάμψη της θνητότητας της επεμβατικής, με αγγειοπλαστική και τοποθέτηση αρτηριοστεφανιαίων μοσχευμάτων, θεραπείας της στεφανιαίας νόσου.

Η Πολωνία, όπως συμβαίνει και σε άλλες ανατολικές χώρες, παρουσιάζει αύξηση των θανάτων από στεφανιαία νόσο, αντίθετα από τις Η.Π.Α. και την Αυστραλία, η Μ.Βρετανία και η Σουηδία παρουσιάζουν αυξημένο αριθμό κι αυτές θανάτων. Είναι γεγονός ότι όλες οι αναφερθείσες χώρες, και άλλες με υψηλό δείκτη θνητότητας στις οποίες περιλαμβάνεται και η Ελλάδα, (εικόνα 11).

... Θνητότητα από στεφανιαία νόσο, ανά 100.000 άτομα, ηλικίας 45-54 ετών (1978).

	Άνδρες	Γυναίκες
Φινλανδία	392	49
Σκωτία	353	79
Αγγλία και Ουαλλία	272	50
Η.Π.Α.	272	67
Σουηδία	160	26
Ελλάς	102	14
Ιαπωνία	28	7

Εικ. 11

National Heart Foundation of New Zealand. 1983.

θα πρέπει να εντείνουν τις προσπάθειες για ουσιαστική βελτίωση και προσέγγιση της κατάστασης που επικρατεί στην Ιαπωνία, όπου ο σχετικός δείκτης θνητότητας παραμένει σταθερά χαμηλός.

Σήμερα πιστεύεται ότι η στεφανιαία νόσος δεν είναι αναπόφευκτη συνέπεια της ηλικίας και του εκβιομηχανισμού. Μπορεί να προληφθεί κατά το μεγαλύτερο ποσοστό σε χώρες που έχουν υψηλή επίπτωση. Ο προσωπικός ρόλος όλων των ατόμων των υγειονομικών υπηρεσιών είναι ζωτικός: δίνει το παράδειγμα και πρωτοστατεί στην ενημέρωση του κοινού για τροποποίηση της ζωής και της συμπεριφοράς του.

6.α. Πρωτογενής πρόληψη

Αντιμετώπιση των προδιαθεσικών παραγόντων:

1. Θεραπεία της υπερλιπιδαιμίας - Δίαιτα - Υγιεινή διατροφή:

Η έρευνα έχει αποδείξει ότι η υγιεινή διατροφή παίζει σπουδαιότατο ρόλο στην πρόληψη της στεφανιαίας νόσου. Παρακολούθηση επί μακρά σειρά ετών πιθήκων, στους οποίους δινόταν τροφή πλούσια σε ζωικά λίπη και χοληστερίνη έδειξε ταχεία ανάπτυξη αθηροσκλήρυνσης των αρτηριών, μέχρι το σημείο ώστε τα πειραματόζωα να πάθουν έμφραγμα του μυοκαρδίου, εγκεφαλικά αγγειακό επεισόδιο, ακόμη και γάγγραινα των άκρων. Αντιθέτως η ελάττωση των λαμβανομένων με την τροφή ζωικών λιπών και χοληστερίνης οδήγησε σε υποχώρηση των αθηροσκληρυντικών πλακών των πιθήκων.

Από επιδημιολογικής πλευράς οι Ιάπωνες με τη λιτή διατροφή προσβάλλονται πολύ λιγότερο από στεφανιαία νόσο συγκριτικά με τους αναπτυγμένους λαούς της Δύσης, η τροφή των οποίων περιέχει άφθονα ζωικά λίπη. Επίσης αναφέρεται ότι οι Ιρλανδοί που κατοικούν στη Βοστώνη και τρέφονται με μεγάλες ποσότητες κορεσμένων λιπαρών οξέων και χοληστερίνης, εμφανίζουν μεγαλύτερη θνητότητα από στεφανιαία νόσο συγκριτικά με τους αδελφούς τους στην Ιρλανδία, όπου το διαιτολόγιο είναι φτωχότερο σε ζωικά λίπη. Ανάλογα ευρήματα αναφέρονται από Ολλανδούς συγγραφείς, οι οποίοι παρατήρησαν ότι δίαιτα πλούσια σε ακόρεστα λιπαρά οξέα ανέστειλε την εξέλιξη των στενωτικών βλαβών των στεφανιαίων αρτηριών σε 18 από 39 ασθενείς με στηθάγχη, οι οποίοι μελετήθηκαν με στεφανιογραφία.

Η υγιεινή διατροφή οδηγεί σε περιορισμό της στεφανιαίας νόσου επειδή επηρεάζει ευμενώς πολλούς απ' τους προδιαθεσικούς παράγοντες.

Όσον αφορά την υπερλιπιδαιμία, προκαλείται ελάττωση των τιμών της ολικής χοληστερίνης, της LDL χοληστερίνης, των τριγλυκεριδίων και των χυλομικρών του ορού. Εκτός από τις μεταβολές αυτές, με την ολιγοθερμιδική δίαιτα επιτυγχάνεται και αύξηση της "προστατευτικής" HDL χοληστερίνης.

Σχετικά με τη θρόμβωση η υγιεινή διατροφή περιεκτική σε πολυακόρεστα λιπαρά οξέα επιτυγχάνει την αποφυγή αυξημένου βαθμού συγκόλλησης των αιμοπεταλίων και τη θρομβογένεση. Οι Εσκιμώοι, που τρώγουν πολύ ψάρι περιεκτικό σε λίπος από πολυακόρεστα λιπαρά οξέα, εμφανίζουν χαμηλή επίπτωση της στεφανιαίας νόσου.

Η παχυσαρκία επίσης αντιμετωπίζεται με ολιγοθερμική δίαιτα, η οποία συγχρόνως επηρεάζει ευεργετικά την υπερλιπιδαιμία, τη θρόμβωση και την υπέρταση. Η τελευταία με την ελάττωση του χλωρικού οξέως.

Η αντιλιπιδαιμική και αντιθρομβωτική υγιεινή διατροφή πρέπει να καλύπτει όλες τις θρεπτικές ανάγκες του παιδιού και του ενήλικου και για να επιτύχει πρέπει να αφορά σ' όλα τα μέλη της οικογένειας. Η υγιεινή διατροφή παρουσιάζει σημαντικές διαφορές από αυτή που ακολουθεί σήμερα το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού και για το λόγο αυτό θεωρείται σκόπιμη η σταδιακή προσέγγισή της. Το ποσό των λαμβανομένων θερμίδων ρυθμίζεται έτσι ώστε να διατηρείται το "ιδιώδες" σωματικό βάρος $\pm 10\%$. Η ημερήσια λήψη χοληστερίνης θα πρέπει να είναι χαμηλή, 100-300mg και συνήθως 250-300mg και το συνολικό λίπος να αποδίδει το 20-30% περίπου των

λαμβανομένων θερμίδων. Στο λίπος αυτό πρέπει να κυριαρχούν τα μόνο - και πολυακόρεστα λιπαρά οξέα, ενώ τα κορεσμένα λιπαρά οξέα να βρίσκονται σε μικρές ποσότητες, ώστε να αποδίδουν μόνο 5-6% των θερμίδων. Οι πρωτεΐνες είναι απαραίτητο να ανέρχονται στο 15% της θερμιδικής απόδοσης. Το υπόλοιπο 65% των θερμίδων που απαιτούνται καλύπτεται από υδατάνθρακες. Υποστηρίζεται ότι η τροφή που περιέχει πολλή χοληστερίνη (π.χ. αυγά) επηρεάζει λιγότερο τις τιμές χοληστερίνης του πλάσματος από όσο η τροφή πλούσια σε κορεσμένα λίπη.

Για να επιτευχθούν οι στόχοι της σωστής διατροφής επιβάλλεται η οικογένεια να γνωρίζει με λεπτομέρεια την περιεκτικότητα της τροφής σε κάθε μια από τις παραπάνω ουσίες και τις θερμίδες που αποδίδει. Ο κρόκος του αυγού περιέχει 250mg χοληστερίνης και θα πρέπει να αποφεύγεται. Επίσης συνιστάται ο περιορισμός των τροφών που είναι πλούσιες σε ζωικά λίπη και χοληστερίνη, όπως το βούτυρο, το κρέας, ιδιαίτερα το χοιρινό και το αρνί, το παχύ γάλα, σοκολάτα, τυρί, παγωτό και άλλα γαλακτοκομικά προϊόντα. Στην Ελλάδα μετά από σημαντική αύξηση της κατανάλωσης στο κρέας και το γάλα κατά την περίοδο 1960-1975 φαίνεται να παρατηρείται τάση μείωση αυτών των προϊόντων στη διατροφή των Ελλήνων κατά τα τελευταία χρόνια. Για να παίρνουμε μόνο 5-6% θερμίδες από τα κορεσμένα λιπαρά οξέα το βούτυρο πρέπει να αντικατασταθεί με τη φυτική μαργαρίνη, να τρώμε κρέας 1-2 φορές την εβδομάδα, ελάχιστο τυρί άπαχο με χαμηλό ποσοστό λίπους και να περιορίσουμε το παγωτό ή τη σοκολάτα π.χ. μια φορά το μήνα.

Το ψάρι έχει ελάχιστο ποσοστό λίπους και χοληστερίνης και είναι προτιμότερο από το κρέας. Επίσης προτιμότερο από το βοδινό ή άλλο κόκκινο κρέας είναι το κοτόπουλο χωρίς το δέρμα, επειδή έχει σημαντικά μικρότερο ποσό λίπους και χοληστερίνης. Τα εντόσθια, συκώτι, νεφρά, μυαλό κ.ά., πρέπει να αποφεύγονται. Οι πρωτεΐνες που χρειάζονται συμπληρώνονται με φυτικές τροφές, όπως προϊόντα από σιτάρι, τα όσπρια κ.ά.

Οι αμυλούχες τροφές, τα λαχανικά και τα φρούτα, είναι σημαντική πηγή προέλευσης των υδατανθράκων. Επιπλέον τα λαχανικά και τα φρούτα περιέχουν πεκτίνη 1% και όταν τρώγονται σε ικανή ποσότητα, μπορεί να αποδώσουν 5g πεκτίνης (σε 4 θερμίδες) την ημέρα κι αυτό υπολογίζεται ότι προκαλεί ελάττωση της χοληστερίνης του πλάσματος κατά 5%. Επίσης οι πατάτες, τα χόρτα και άλλα λαχανικά, όπως και τα φρούτα, περιέχουν κάλιο που είναι ωφέλιμο σε ασθενείς, οι οποίοι κατά την επίδραση, π.χ. διουρητικών, έχουν προδιάθεση για έκτοπες αρρυθμίες. Η ζάχαρη δεν πρέπει να χρησιμοποιείται πολύ. Είναι σφάλμα να αποφεύγονται το ψωμί, η πατάτα, το ρύζι ή τα μακαρόνια επειδή παχαίνουν. Ένα γραμμάριο υδατάνθρακα αποδίδει 4 θερμίδες, ενώ ένα γραμμάριο λάδι έχει 9 θερμίδες, είναι δε το άφθονο λάδι που χρησιμοποιεί η ελληνίδα νοικοκυρά στο μαγείρεμα του φαγητού αλλά και στα χόρτα ή τη σαλάτα, το οποίο παχαίνει στις πιο πολλές περιπτώσεις.

Επίσης οι μεγάλες ποσότητες κρασιού, ούζου, μπίρας ή ουίσκυ παχαίνουν πολλούς Έλληνες, που διατείνονται ότι δεν αδυνατίζουν παρόλο ότι τρώγουν ελάχιστα. Ας σημειωθεί ότι με 4 ποτήρια κρασί την ημέρα λαμβάνονται περισσότερες από 500 θερμίδες. Η χρήση οινοπνεύματος επιτρέπεται σε μικρές ποσότητες εφόσον

το άτομο δεν είναι παχύσαρκο και δεν έχει υπερτριγλυκεριδαμία. Το οινόπνευμα αυξάνει τις "προστατευτικές λιποπρωτεΐνες HDL, όχι όμως και το πιο ενδιαφέρον κλάσμα HDL-2.

Στην υγιεινή διατροφή το αλάτι πρέπει να περιέχεται σε μικρές ποσότητες, κάτω από 1.600 mEq νατρίου την ημέρα, ενώ αντιθέτως να λαμβάνεται περισσότερο Κάλιο, 120-150 mEq την ημέρα.

Με ένα αυστηρό διαιτολόγιο που αποδίδει 100mg χοληστερίνης την ημέρα οι συγγραφείς W. Connor και S. Connor υποστηρίζουν ότι προβλέπεται η ελάττωση της τιμής της ολικής χοληστερίνης του αίματος κατά 53 mg%. Αυτό είναι πολύ σημαντικό, δεδομένου ότι ελάττωση της χοληστερίνης του πλάσματος κατά 1% συνοδεύεται από βελτίωση της νοσηρότητας και θνητότητας της στεφανιαίας νόσου κατά 2%. Ο Barnrdt και οι συνεργάτες του διαπίστωσαν υποχώρηση των αθηροσκληρυντικών αλλοιώσεων των μηριαίων αρτηριών σε αγγειογραφική μελέτη ασθενών, στους οποίους με δίαιτα και φάρμακα σημειώθηκε ελάττωση της χοληστερίνης του ορού κατά 65 mg/100ml περίπου.

Το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας των Η.Π.Α. συνιστά την υγιεινή διατροφή σε κάθε άτομο ηλικίας άνω των 2 ετών. Έτσι υπολογίζεται ότι το ευεργετικό αποτέλεσμα της ελάττωσης της χοληστερίνης του ορού θα επεκταθεί σε όλο τον πληθυσμό, ενώ η παρασκευή ενός φαγητού για όλα τα μέλη της οικογένειας από την παιδική ηλικία θα αλλάξει προς το υγιεινότερο παραδόσεις διατροφής πολλών γενεών. Ο αντίλογος που προβάλλεται σ' αυτή τη γενίκευση είναι ότι παρά τη δίαιτα οι αθηρωματικές αλλοιώσεις μπορεί να εμφανισθούν σε παιδιά με σοβαρή συγγενή ομοζυγωτική υπερχοληστεριναιμία, ενώ στους ετεροζυγώτες η δίαιτα καλύτερα είναι να

αρχίζει μεταξύ 15-19 ετών, δηλαδή την περίοδο κατά την οποία οι νεκροτομικές μελέτες της αορτής έχουν δείξει εμφάνιση των πρώτων ιχνών της αθηρωμάτωσης στο αορτικό τοίχωμα.

Το διαιτολόγιο κατά της αθηροσκλήρυνσης φαίνεται να διαφέρει σε ορισμένα σημεία από μία καθαρά αντιθρομβωτική δίαιτα. Π.χ. η τελευταία χαρακτηρίζεται από μεγάλη κατανάλωση πολυακόρεστων λιπαρών οξέων της ομάδας 3-Ωμέγα που περιέχονται στο ψάρι, ενώ η γενική δίαιτα κατά της αθηροσκλήρυνσης περιλαμβάνει σε μεγάλο ποσοστό ακόρεστα λιπαρά οξέα φυτικών τροφών της ομάδας 6-Ωμέγα. Υποστηρίζεται ότι η ειδικότερη αντιθρομβωτική δίαιτα θα πρέπει να συνιστάται κυρίως στα ηλικιωμένα άτομα, π.χ. μετά την ηλικία των 50 ετών και ιδιαίτερα μετά την εκδήλωση ενός στεφανιαίου επεισοδίου. Οι λόγοι αυτής της τακτικής βασίζονται στον παθογενετικό μηχανισμό του οξέος σταφανιαίου επεισοδίου. Η αθηροσκλήρυνση των αρτηριών αναπτύσσεται βραδέως σε περίοδο πολλών ετών, ενώ η θρόμβωση συνήθως γίνεται πάνω στην αθηρωματική πλάκα μέσα σε λίγες ώρες, αποφράσσει το αγγείο και προκαλεί κλινικό επεισόδιο της οξείας ισχαιμίας ή του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου.

2. Θεραπεία της Υπέρτασης.

Σκοπός της αντιυπερτασικής αγωγής είναι η ελάττωση του κινδύνου από καρδιαγγειακές επιπλοκές που διατρέχει ο υπερτασικός ασθενής με όσο το δυνατό πιο λίγες παρενέργειες. Οι επιδημιολόγοι επισημαίνουν την καλύτερη πρόγνωση των ατόμων με τη χαμηλότερη πίεση, όμως αυτό ισχύει σε κάθε ομάδα ή άτομο που δεν υποβάλλεται σε κανένα είδος αντιυπερτασικής αγωγής. Από τη στιγμή που γίνεται φαρμακευτική θεραπεία της υπέρτασης,

τότε πρέπει να ζυγίζονται με προσοχή τα οφέλη και οι κίνδυνοι από τις παρενέργειες του φαρμάκου που επηρεάζονται πολύ από την ηλικία, το φύλο και τη σοβαρότητα της πάθησης. Η μείωση λοιπόν της αυξημένης πίεσης πρέπει να είναι βαθμιαία και να αποφεύγεται, κατά το δυνατόν, η χρήση ισχυρών διουρητικών, αντιϋπερτασικών φαρμάκων και των προκαλούντων ορθοστατική υπόταση.

Επιβάλλεται όμως η αντιμετώπιση της υπέρτασης για την ελάττωση του καρδιακού έργου ιδιαίτερα σε ασθενή με στηθάγχη ή έμφραγμα του μυοκαρδίου. Με τη θεραπεία της υπέρτασης στα πλαίσια πρωτογενούς πρόληψης ελαττώνεται η επίπτωση των εγκεφαλικών επεισοδίων και την καρδιακής ανεπάρκειας, φαίνεται δε ότι μειώνεται και η επίπτωση της στεφανιαίας νόσου. Όμως εάν έχει εκδηλωθεί επιβάρυνση της αριστερής κοιλίας με ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις, τότε η μακρόχρονη φαρμακευτική θεραπεία της διαστολικής υπέρτασης 90-115mmHg, που περιλαμβάνει και διουρητικά, μπορεί να μην επηρεάζει τη θνητότητα από στεφανιαία νόσο.

Τα πρώτα αποτελεσματικά μέτρα που πρέπει να λαμβάνονται είναι η ελάττωση του σωματικού βάρους, η έναρξη τακτικής φυσικής άσκησης, η μειωμένη πρόσληψη άλατος με την τροφή και η αποφυγή μεγάλης κατανάλωσης οινοπνεύματος. Το σερβίρισμα του φαγητού πρέπει να γίνεται σε μικρές ποσότητες και συχνά, καθώς και η λήψη υγρών να γίνεται σε μικρές ποσότητες κάθε φορά. Για την Ελλάδα οι συνήθειες διατροφής που επικρατούσαν στο χωριό αλλά και στην πόλη μέχρι πριν από λίγα χρόνια δεν απείχαν πολύ από τους κανόνες της επιβαλλόμενης δίαιτας, στην οποία κυριαρχούν τα πολυακόρεστα φυτικά λιπαρά οξέα, ενώ τα κορεσμένα ζωτικά, που περιέχονται κυρίως στο βούτυρο και το κρέας,

βρίσκονται σε μικρή αναλογία. Ίσως καλύτερα είναι οι οικογένειες υπερτασικών να συνηθίζουν ένα μόνιμο διαιτολόγιο το οποίο θα ακολουθούν δια βίου.

Η ελάττωση του άλατος που λαμβάνεται με την τροφή οδηγεί σε σημαντική μείωση της αρτηριακής πίεσης. Το ημερησίως λαμβανόμενο ποσό χλωριούχου νατρίου θα πρέπει να είναι κάτω από 4,5g· αυτό επιτυγχάνεται ενώ η αλατιέρα δεν έχει θέση στο τραπέζι και η χρήση άλατος στο μαγείρεμα να είναι μηδαμινή ή ελάχιστη.

Στους βαρείς πότες επιτυγχάνεται ελάττωση της πίεσης σε υπέρταση με τη μείωση ή ελάττωση στην κατανάλωση αλκοόλης. Ο υπερτασικός ασθενής που του αρέσει το ποτό θα πρέπει να περιορίζεται σε 2-3 ποτήρια κρασιού την ημέρα.. Επιπλέον η υγιεινή θεραπευτική αγωγή της υπέρτασης απαραίτητα περιλαμβάνει τη σωματική άσκηση μαζί με τη διακοπή του καπνίσματος. Η θνητότητα από στεφανιαία νόσο ατόμων με διαστολική πίεση 90-104mm μέσα σε 8 χρόνια ανεβαίνει από 50‰ στο 110‰ εάν η υπέρταση συνδυάζεται με κάπνισμα.

Συνιστάται επίσης στο υπερτασικό άτομο μέτρηση της αρτηριακής πίεσής του κάτω από τις ίδιες συνθήκες, κάθε μέρα, καθώς και στενή παρακολούθησή του κλινική και εργαστηριακή, για έγκαιρη διαπίστωση παρενεργειών από τη φαρμακευτική θεραπεία.

Εκτός όμως από τη συνηθισμένη φαρμακευτική αντιμετώπιση υπάρχει και η χειρουργική. Σ'αυτήν την περίπτωση βέβαια, πρέπει να σκέφτεται κανείς την επιλογή των ασθενών, την αποκατάσταση της αρτηρίας, την πιθανότητα νεφρεκτομής και τα αποτελέσματα της χειρουργικής επέμβασης. Τα άτομα που

επιλέγονται είναι ασθενείς με βαριά υπέρταση και σημαντική λειτουργική νεφραγγειακή βλάβη. Τα αποτελέσματα της χειρουργικής αντιμετώπισης ποικίλουν ανάλογα με την αιτία και είναι καλύτερα όταν υπάρχει ινομυϊκή υπερπλασία. Το 50% περίπου των ασθενών με αθηροσκληρωτική νεφραγγειακή υπέρταση έχουν διαστολική πίεση κάτω από 100 mmHg μετά το χειρουργείο. Σε ασθενείς με ινομυϊκή υπερπλασία το ποσοστό είναι 70% περίπου.

Γεγονός είναι ότι η εισαγωγή της αποτελεσματικής αντι-υπερτασικής θεραπείας άλλαξε εκπληκτικά την εικόνα. Η Συνεργατική Μελέτη των Νοσοκομείων των Απομάχων τεκμηριώνει τη μείωση των νοσηρών φαινομένων στην ομάδα που έπαιρνε θεραπευτική αγωγή σε σύγκριση με την ομάδα που δεν έπαιρνε. Σήμερα, το ποσοστό θανάτου από καρδιακή ανεπάρκεια δεν υπερβαίνει το 5% των συνολικών θανάτων υπερτασικών ασθενών που λαμβάνουν αποτελεσματική αγωγή, παρόλο που ο συνδυασμός του εμφράγματος του μυοκαρδίου και υπέρτασης μπορεί να οδηγήσει σε ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια και καρδιακή ανεπάρκεια. Η ζωή του 80% των ασθενών με υπερτασική καρδιακή ανεπάρκεια που αντιμετωπιζόταν θεραπευτικά από τον Smirk (1963) ήταν παραγωγική 2-7 χρόνια μετά την αγωγή.

3. Ρύθμιση σακχαρώδη διαβήτη.

Αν και ο διαβήτης είναι παράγοντας που ευνοεί σε μεγάλο βαθμό την αναλογία εμφάνισης της στεφανιαίας νόσου, η επιμελής ρύθμισή του δε φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά τη συχνότητα εμφάνισης και εξέλιξής της. Αυτό όμως δε σημαίνει, ότι δεν πρέπει να επιδιώκεται η σωστή ρύθμιση του διαβήτη.

Η διόρθωση της βιοχημικής και μεταβολικής διαταραχής και πρόληψη εξέλιξης της νόσου επιτυγχάνεται πρώτα και κύρια με τη δίαιτα και τον έλεγχο του βάρους του σώματος.

Η "καλή δίαιτα" του διαβητικού ή καλύτερα (όπως πρέπει να λέγεται) η "σωστή διατροφή" του αποτελεί τον θεμελιώδη παράγοντα της θεραπείας του διαβήτη. Η σωστή διατροφή του διαβητικού δε διαφέρει από τη σωστή διατροφή κάθε άλλου ατόμου. Δεν υπάρχει κανένας λόγος να χρησιμοποιούνται "ειδικές διαβητικές τροφές" ή να μαγειρεύουν πάντα ιδιαίτερα στο σπίτι ή στο νοσοκομείο για το διαβητικό άτομο. Όπως όλοι μας, έτσι και ο διαβητικός, ανάλογα με το φύλο του, την ηλικία του, το σωματικό του βάρος και τη φυσική του δραστηριότητα πρέπει να τρέφεται σωστά και, όπως όλοι, δεν πρέπει να στερείται την ευχαρίστηση ενός "καλού φαγητού". Αλήθεια είναι όμως, ότι στερείται την απόλαυση κάποιων συστατικών όπως την πολύ ζάχαρη.

Στις αρχές μιας σύγχρονης διαβητικής δίαιτας, η δίαιτα ρυθμίζεται σύμφωνα με το βάρος του σώματος και τις δραστηριότητες του αρρώστου και είναι πλήρης από πλευράς θρεπτικών συστατικών. Ο περιορισμός των θερμίδων αποτελεί τον κύριο σκοπό της θεραπείας σε παχύσαρκους διαβητικούς (τα παχύσαρκα άτομα είναι περισσότερο ανθεκτικά τόσο στην ενδογενή όσο και στην εξωγενή ινσουλίνη). Η απώλεια βάρους επαναφέρει, πολλές φορές, τα αποτελέσματα της δοκιμασίας ανοχής γλυκόζης στα φυσιολογικά επίπεδα. Η δίαιτα βοηθάει στον έλεγχο του διαβήτη και μειώνει τον κίνδυνο επιπλοκών. Το συνολικό ποσό των θερμίδων του 24ώρου πρέπει να εξασφαλίζει τη διατήρηση του ιδεώδους βάρους του αρρώστου. Η δίαιτα των παχύσαρκων διαβητικών

θα πρέπει να περιορίζεται στις 800-1000 θερμίδες· το ποσό όμως των υδατανθράκων δε θα πρέπει να ορίζεται κάτω από τα 100g/24ωρο, για αποφυγή κέτωσης. Από το συνολικό ποσό των ημερήσιων θερμίδων το 40% περίπου χορηγείται στους υδατάνθρακες. Η ποσότητα του λευκώματος κυμαίνεται από 80 μέχρι 100g/24ωρο. Το υπόλοιπο των θερμίδων, γύρω στο 45%, καλύπτεται από λίπη. Απαιτείται κατανομή της τροφής και πιό πολύ των υδατανθράκων, ώστε να μειώνεται ο βαθμός της μετά το γεύμα υπεργλυκαιμίας και η πιθανότητα υπογλυκαιμίας σ'αυτούς που παίρνουν ινσουλίνη ή σουλφονουλουρίες.

Οι διαβητικοί δεν πρέπει να πίνουν οινόπνευμα, γιατί η περιεκτικότητά του σε θερμίδες είναι υψηλή (7 θερμίδες/gr) με αποτέλεσμα την αύξηση του βάρους του σώματος.

Η διαβητική δίαιτα πρέπει να προσαρμόζεται με τις προτιμήσεις του αρρώστου και την οικονομική του κατάσταση και να δίνεται έμφαση στο τι επιτρέπεται να φάει και όχι στο τι απαγορεύεται. Θα πρέπει επίσης να ζυγίζεται και να αναγράφει το βάρος του δύο φορές την εβδομάδα. Καλό θα ήταν τέλος να γίνεται περιορισμός στις υπερχοληστερινούχες τροφές.

Μαζί με τη δίαιτα σημαντική είναι και η ινσουλινοθεραπεία του διαβητικού ατόμου. Γίνεται εφικτή με διάφορα σκευάσματα ινσουλίνης που διαφέρουν ως προς το χρόνο έναρξης της δράσης, το χρόνο μεγίστης δράσης και τη διάρκεια της δράσης. Χρειάζεται προσοχή στη χορήγηση της ινσουλίνης γιατί μπορεί για διάφορους λόγους ο διαβητικός να μεταπέσει σε υπογλυκαιμία, να παρουσιάσει αλλεργική αντίδραση (κνηστώδες εξάνθημα και πολύ σπάνια αναφυλακτικό shock) και ινσουλινικό οίδημα (γενικευμένη κατακράτηση νερού).

Τα αντιδιαβητικά δισκία επίσης ενδείκνυνται σε διαβήτη, όταν όμως αυτός δε ρυθμίζεται μόνο με τη δίαιτα ή οι ημερήσιες ανάγκες σε ινσουλίνη είναι κάτω από 30 μονάδες. Αντενδείκνυται σε άτομα που έχουν εμφανίσει κέτωση. Θα πρέπει να τοποθετούνται σε ένα αποτελεσματικό διαιτητικό πρόγραμμα με έλεγχο του βάρους του σώματος πριν από την έναρξη της θεραπείας με αντιδιαβητικά δισκία.

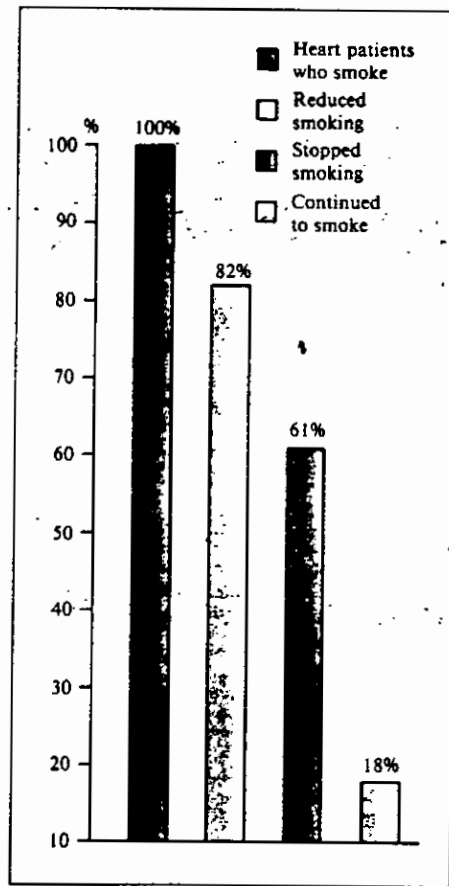
Η άσκηση επιπλέον μαζί με τη δίαιτα και την ινσουλίνη αποτελεί το τρίτο βασικό στοιχείο της θεραπείας του διαβήτη. Η άσκηση προάγει τον μεταβολισμό και τη χρησιμοποίηση των υδατανθράκων με αποτέλεσμα τη μείωση των αναγκών του οργανισμού σε ινσουλίνη. Επιτείνει τα αποτελέσματα της ινσουλίνης και βοηθά στη ρύθμιση του σακχάρου του αίματος. Το είδος, η συχνότητα και η διάρκεια της άσκησης καθορίζονται από το γιατρό σε κάθε ατομική περίπτωση. Κατά την άσκηση τέλος πρέπει να λαμβάνεται πρόνοια για την αποφυγή τυχόν αναπάντεχης υπογλυκαιμίας, ιδίως για διαβητικούς που παίρνουν ινσουλίνη. Αυτό επιτυγχάνεται με την αύξηση του ποσού των υδατανθράκων της δίαιτας ή την ελάττωση της δόσης της ινσουλίνης.

4. Διακοπή του καπνίσματος

Στους μέσης και μεγάλης ηλικίας καπνιστές υπάρχει μιά τάση διακοπής του καπνίσματος. Στις Η.Π.Α., όπου το κοινό είναι καλά ενημερωμένο για τη σοβαρότητα αυτής της ασθένειας, το 1975 διαπιστώθηκε ότι σταμάτησε το κάπνισμα ποσοστό 43% του πληθυσμού των καπνιστών. Επικεφαλής ήταν οι επαγγελματίες ομάδες των γιατρών με ποσοστό διακοπής του καπνίσματος 64%, των οδοντογιατρών 61% και των φαρμακοποιών με ποσο-

στό 55%. Η πιθανότητα διακοπής του καπνίσματος ήταν μεγαλύτερη στους μέτριους παρά στους βαρείς καπνιστές. Επίσης βρέθηκε ότι από τους πρωτοετείς φοιτητές των Ιατρικών Σχολών κάπνιζαν μόνο 10%.

Μεταξύ περίπου 500 ασθενών με στεφανιαία νόσο που μελετήθηκαν από το Καρδιοαγγειακό Κέντρο του Houston, 82% μείωσαν το κάπνισμα σε 10 τσιγάρα την ημέρα, 61% τελικά διέκοψαν το κάπνισμα και 18% συνέχισαν να καπνίζουν. Εικόνα 12.



Many heart patients can be persuaded to give up cigarettes by a smoking intervention programme. Among about 500 patients studied by the Houston Cardiovascular Center, 82% reduced smoking to 10 cigarettes per day, 61% eventually stopped smoking, and 18% continued to smoke²⁴.

Εικ. 12

Φαίνεται επίσης ότι υπάρχει μια μεταβολή στον τύπο του ανθρώπου που καπνίζει. Στις επιστημονικές, καλλιτεχνικές και γενικότερα πνευματικές τάξεις οι άνδρες, που παλαιότερα ήταν ο κορμός των καπνιστών, έχουν συνειδητοποιήσει το τεράστιο πρόβλημα και αποφεύγουν το κάπνισμα περισσότερο απ'τους λιγότερο μορφωμένους, οι οποίοι σήμερα αποτελούν το συνηθέστερο τύπο άντρα καπνιστή. Στις γυναίκες συμβαίνει το αντίθετο: οι καλλιεργημένες και υψηλότερου πνευματικού και κοινωνικού επιπέδου καπνίζουν περισσότερο απ'τις γυναίκες χαμηλότερων επαγγελματικών τάξεων. Στην εφηβική ηλικία δεν υπάρχει συνείδηση νοσηρότητας του καπνιστή. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια προοδευτική και σημαντική άνοδος του αριθμού των κοριτσιών που καπνίζουν.

4.α. Σημασία διακοπής του καπνίσματος.

Η διακοπή του καπνίσματος ελαττώνει την πιθανότητα προσβολής από στεφανιαίο επεισόδιο. Αναφέρεται ότι ο κίνδυνος θανάτου από καρδιακή νόσο είναι 2,2 φορές μεγαλύτερος στους καπνιστές, συγκριτικά με εκείνους που έχουν διακόψει το κάπνισμα. Σε πρόσφατη μελέτη έχει βρεθεί ότι η διακοπή του καπνίσματος οδήγησε σε αύξηση της HDL χοληστερίνης. Επίσης πολύ ωφέλιμη και απαραίτητη είναι η διακοπή του καπνίσματος μετά από οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου. Η επιβίωση των εμφραγματικών ασθενών είναι πολύ μεγαλύτερη σ'εκείνους που σταμάτησαν το κάπνισμα από άλλους που συνεχίζουν και αυτό το κέρδος φαίνεται να είναι πιο μεγάλο απ'αυτό που προσφέρουν τα φάρμακα, όπως οι αναστολείς των β-αδρενεργικών υποδοχέων ή η σωματική άσκηση. Η πιθανότητα προσβολής από στεφανιαία νόσο υποβιβάζεται στο

επίπεδο του μη καπνιστή περίπου 6 μήνες μετά τη διακοπή του καπνίσματος.

Με το φίλτρο δε φαίνεται να εκμηδενίζονται ούτε καν να περιορίζονται οι κίνδυνοι του καπνίσματος. Ακόμα μηδαμινό είναι το όφελος όταν ο καπνός περιέχει μικρά ποσοστά νικοτίνης ή πίσσας, γιατί στις περιπτώσεις αυτές έχει παρατηρηθεί ότι ο κόσμος καπνίζει περισσότερο τσιγάρα την ημέρα και εισπνέει βαθύτερα τον καπνό. Το κάπνισμα της πίπας, και λιγότερο του πούρου, είναι αθώτερο από το κάπνισμα τσιγάρου, αυτό όμως, υποστηρίζουν οι Kuller και συνεργάτες, δεν επιτρέπει στον γιατρό ή τον νοσηλευτικό προσωπικό τη σύστασή τους αντί του τσιγάρου, διότι μέχρι στιγμής δεν υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι από την πίπα ή το πούρο ο καπνιστής διατρέχει μικρότερο κίνδυνο στεφανιαίου επεισοδίου.

4.β. Οδηγίες κατά του καπνίσματος:

Η διακοπή του καπνίσματος, απαιτεί μια επίμονη, μακρόχρονη προσπάθεια που αρχίζει με την πλήρη ενημέρωση του κοινού για τη σοβαρή αυτή ασθένεια και στη συνέχεια γίνεται πιο συγκεκριμένη για τον κάθε καπνιστή. Ο τελευταίος θα πρέπει να πεισθεί ότι διακόπτοντας το κάπνισμα, πρώτον, απαλλάσσεται από συμπτώματα και, δεύτερον, μεταπηδά σε μια πληθυσμιακή ομάδα με σαφώς μικρότερη πιθανότητα να πεθάνει από στεφανιαία ή άλλη νόσο.

Η συνειδητοποίηση της ασθένειας "κάπνισμα" είναι αναγκαία ώστε ο καπνιστής να πάρει την απόφαση να το σταματήσει και εδώ επιβάλλεται μακρά συνεργασία υγειονομικού προσώπου και ασθενούς. Με κατάλληλη ανάκριση ο καπνιστής απομονώνει τα ασθενή σημεία που τον οδηγούν στο τσιγάρο, όπως επίσης ξεκαθαρίζει υγιείς δυ-

νάμεις που έχει μέσα του και οι οποίες τον βοήθησαν στο παρελθόν για ένα διάστημα να μην καπνίζει ή μπορεί να τον βοηθήσουν, εάν η προσπάθεια της διακοπής γίνει για πρώτη φορά. Δεν είναι πραγματικά δύσκολο να δει ο καπνιστής ότι η φιλία που κέρδισε ή η μεγαλύτερη διαύγεια σε πνευματική εργασία με βοηθό το κάπνισμα είναι απλώς εντυπώσεις, διότι τα ίδια επιτυγχάνονται και χωρίς να καπνίζει. Όπως επίσης είναι δυνατό να ομολογήσει ότι δεν του ήταν ιδιαίτερα δύσκολο στο παρελθόν να διακόψει το κάπνισμα.

Τα επιδημιολογικά στοιχεία διακοπής του καπνίσματος σε μεγάλες μάζες των ιατρικών επαγγελματιών αλλά και γενικότερα του πληθυσμού ανδρών μέσης ή μεγάλης ηλικίας συνηγορούν απ' την ισχύ του "μπορώ να διακόψω το κάπνισμα εάν το αποφασίσω", σε αντικατάσταση του αρνητικού "δεν μπορώ να το διακόψω". Πάντοτε υπάρχει ένας τρόπος εκτός από το κάπνισμα για να προσπεράσει κανείς μια δύσκολη ψυχική κατάσταση, π.χ. το θυμό, τη στενοχώρια, τον εκνευρισμό κ.ά.

Επίσης η προσπάθεια πρέπει να στρέφεται προς το περιβάλλον, όπου δημιουργούνται συνθήκες απαγορευτικές ή ανασταλτικές του καπνίσματος. Η παρακολούθηση ενός συνεδρίου στις αίθουσες του οποίου απαγορεύεται το κάπνισμα γίνεται χωρίς γογγυσμό από πολλούς καπνιστές, οι οποίοι συγχρόνως ενισχύονται στην προσπάθεια της διακοπής ή της μείωσης. Το ίδιο συμβαίνει όταν ο καπνιστής βρίσκεται σε χώρο του εστιατορίου, του τράινου, του αεροπλάνου κλπ., που δεν επιτρέπεται το κάπνισμα. Σημαντική είναι και η υποστήριξη απ' το οικογενειακό περιβάλλον στον αγώνα κατά του καπνίσματος ιδίως στους νέους.

4.γ. Άμεση και σταδιακή παύση του καπνίσματος:

Η έρευνα έχει δείξει ότι ευκολότερα σταματούν το τσιγάρο εκείνοι που καπνίζουν λιγότερο. Αρκετοί καπνιστές παύουν απότομα και χωρίς υποτροπή το κάπνισμα. Όμως σε πολλές περιπτώσεις πιά ικανοποιητική είναι η προοδευτική ελάττωση του καπνίσματος. Δεν είναι δυνατόν να περιμένει κανείς απ'όλους τους ασθενείς να σταματήσουν το κάπνισμα μετά από την πρώτη συζήτηση και συνήθως χρειάζονται πολλές συζητήσεις για την επιτυχία, καθώς και υπομονή κι επιμονή.

Μετά τη διακοπή του καπνίσματος τα περισσότερα προβλήματα παρουσιάζονται κατά τους πρώτους 2-3 μήνες. Στο διάστημα αυτό, κατά το οποίο συμβαίνουν και οι περισσότερες υποτροπές του καπνίσματος, επιβάλλεται στενή παρακολούθηση κι ενίσχυση του καπνιστή όταν κυρίως αυτός είναι ασθενής. Μετά το πρώτο τρίμηνο η κατάσταση συνήθως είναι αρκετά σταθεροποιημένη και η ιατρική παρακολούθηση συνιστάται να γίνεται κατ'αραιότερα χρονικά διαστήματα.

4.δ. Αποφυγή έναρξης του καπνίσματος στους νέους:

Η προσπάθεια καταπολέμησης της νόσου του καπνίσματος σε καθαρά ιατρικό επίπεδο είναι βέβαιο ότι αποδίδει καρπούς. Σε ορισμένες μάλιστα επαγγελματικές ομάδες, όπως την ιατρική, η πλήρης ενημέρωση και πρακτική της αντιμετώπισης έφτασε στο σημείο να περιορίσει σημαντικά τον αριθμό των νέων που αρχίζουν το κάπνισμα, έτσι ώστε στους πρωτοετείς φοιτητές το ποσοστό των καπνιστών στις Η.Π.Α. να είναι πολύ χαμηλό. Εντούτοις το αποτέλεσμα, ακόμα και στις αναπτυγμένες χώρες, δεν μπορεί να θεωρηθεί ικανοποιητικό. Το γεγονός της αύξησής του αριθ-

θμού των κοριτσιών που αρχίζουν το κάπνισμα κι ο υψηλός επιπολασμός του καπνίσματος σε μεγάλες πληθυσμιακές ομάδες επιβάλλουν την ανεύρεση, πέραν του ιατρικού, ενός κοινωνικού μέσου για τον καθαρισμό. Το μέσον αυτό θα πρέπει να είναι εν μέρει η συστηματική εκπαίδευση στο σχολείο και το πανεπιστήμιο, στο στρατό και την εκκλησία, στην τηλεόραση και τον τύπο. Και η προσπάθεια να συμπληρώνεται με αυστηρά μέτρα προστασίας της υγείας των μη καπνιστών, στους οποίους θα πρέπει να εξασφαλίζονται χώροι όπου θα μπορούν να εργάζονται, να ψυχαγωγούνται, να ταξιδεύουν, να συζητούν ή να αναπαύονται, χωρίς τις αναθυμιάσεις του καπνίσματος άλλων ατόμων.

5. Οδηγίες κατά της παχυσαρκίας.

Ακόμη και μέτρια ελάττωση του σωματικού βάρους σε παχύσαρκα υπερτασικά άτομα οδηγεί σε ελάττωση της αρτηριακής πίεσης, η οποία παραμένει χαμηλή εφόσον και το ελαττωμένο βάρος διατηρείται σταθερό. Επιπλέον βελτιώνονται τα επίπεδα χοληστερίνης και ιδίως της L D L και της ινσουλίνης του ορού, γίνεται δε καλύτερη η σχέση μεταξύ ικανότητας μεταφοράς O₂ και σωματικού βάρους με αποτέλεσμα τη βελτίωση της φυσικής κατάστασης του οργανισμού. Η γενική πεποίθηση ότι ο παχύσαρκος είναι και λαίμαργος, δε φαίνεται να ισχύει για όλες τις περιπτώσεις, γιατί υπάρχουν ενδείξεις, ότι η παχυσαρκία μπορεί να συνδυάζεται με λιγότερο φαγητό.

Για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας συνιστώνται (α) δίαιτα, (β) σωματική άσκηση, και (γ) τροποποίηση της συμπεριφοράς έτσι ώστε το άτομο να υποβληθεί σε δίαιτα και το επιτυγχανόμενο αποτέλεσμα να διατηρείται για όλη τη ζωή του.

Η ολιγοθερμιδική δίαιτα είναι της τάξεως των 1.200 θερμίδων ή περισσότερο για τις γυναίκες και 1.500 την ημέρα, ή περισσότερο για τους άνδρες, ώστε να χάνουν 1-2 κιλά την εβδομάδα. Η δίαιτα πρέπει να ικανοποιεί όλες τις θρεπτικές ανάγκες, να την ακολουθεί με ευκολία ο ασθενής, και να είναι προσαρμοσμένη στις συνήθειές του. Μεγάλη νηστεία με θερμίδες των 1.000 ημερησίως δεν είναι αποτελεσματική, γιατί κατά κανόνα οι ασθενείς παίρνουν πάλι εύκολα το βάρος που έχασαν. Η αυστηρή νηστεία μπορεί να συσταθεί σε μικρή ομάδα ασθενών με καρδιαγγειακές επιπλοκές ή σακχαρώδη διαβήτη, που διατρέχουν άμεσο κίνδυνο από την παχυσαρκία. Καταλληλότερος τρόπος για την εφαρμογή του ολιγοθερμιδικού διαιτολογίου στη συνηθισμένη και μεγάλη ομάδα των παχυσάρκων που δεν έχουν το χαρακτήρα του επείγοντος είναι η εξήγηση επί της ανάγκης να ελαττωθεί το σωματικό βάρος και, για να ενθαρρύνονται στην προσπάθειά τους, καλύτερα είναι να παραπέμπονται σε ινστιτούτα με αποδεδειγμένα αποτελέσματα. Κατά την περίοδο του αδυνατίσματος θα πρέπει να γίνεται περιοδικός έλεγχος της υγείας του ασθενούς. Για την πρωτογενή πρόληψη της παχυσαρκίας συνιστάται ο έλεγχος του σωματικού βάρους της μητέρας κατά την εγκυμοσύνη και του παιδιού από τη νηπιακή ηλικία.

Οι πιθανότητες επιτυχίας της συνιστωμένης δίαιτας αυξάνουν με την κοινωνική εκπαίδευση. Η τηλεόραση, ο τύπος, ο στρατός και κυρίως τα σχολεία πρέπει να διαφωτίζουν και να διδάσκουν την απάλειψη των προσωπικών εντυπώσεων, όπως π.χ. ότι η φρυγανιά έχει λιγότερες θερμίδες από το ψωμί ή ότι η κακοδιαθεσία μπορεί να οδηγήσει σε πολυφαγία, ή ότι η σωματική διάπλαση επηρεάζει τις κοινωνικές σχέσεις ιδιαίτερα με το άλλο φύλο.

Επίσης πρέπει να διδάσκονται οι τρόποι, όπως η άσκηση, με την οποία επιτυγχάνεται χαλάρωση και ελάττωση του σωματικού βάρους ή η συζυγική προτροπή για απασχόληση ή κάποια αναψυχή ή για απαραίτητη παρουσία λαχανικών στο σπίτι με σκοπό την καλύτερη διατροφή.

Η καθημερινή σωματική άσκηση είναι απαραίτητη για την κατανάλωση θερμίδων και τα άλλα ευεργετικά αποτελέσματα από το καρδιαγγειακό σύστημα. Έχει παρατηρηθεί ότι έφηβοι που δεν ασκούνται συνήθως έχουν μεγαλύτερο βάρος από τους άλλους ασκούμενους έφηβους παρ'όλο ότι τρώνουν λιγότερο απ'αυτούς.

Η τροποποίηση της συμπεριφοράς του ατόμου ξεκινάει από την παρατήρηση ότι το πολύ φαγητό και η παχυσαρκία "χρησιμοποιούνται" συχνά υποσυνείδητα από τον ασθενή για την καταστολή του άγχους ή θυμού ή κακής γενικής διάθεσης, όπως επίσης για τη σύναψη κοινωνικών σχέσεων ή αντίθετα την αποφυγή σχέσεων, ιδιαίτερα με το άλλο φύλο ή ακόμα και σαν ένδειξη ηθικής σταθερότητας συνηθέστερα από το ένα μέρος σε μια ταραγμένη συζυγική σχέση που μπορεί πρόσφατα να έχει διακοπεί. Εδώ χρειάζεται η συμβουλή του ψυχολόγου και του έμπειρου κλινικού γιατρού, που με συχνές συζητήσεις θα επισημάνουν το πρόβλημα και τον ιδιάζοντα για κάθε περίπτωση τρόπο αντιμετώπισής του. Στην τροποποίηση της συμπεριφοράς περιλαμβάνεται και η πλήρης κατανόηση από τον ασθενή και την οικογένειά του ότι μετά την επίτευξη του σκοπού η διατήρηση του σωματικού βάρους στο φυσιολογικό θα γίνεται δια βίου με την κατάλληλη διατροφή που δεν θα ονομάζεται πλέον δίαιτα.

6. Σωματική άσκηση:

Η πιθανότητα προσβολής από στεφανιαία νόσο γίνεται μικρότερη όσο μεγαλύτερη είναι η ενέργεια που εκλύεται από το σώμα με την άσκηση. Μείωση επίσης της άσκησης από διάφορα άτομα, λόγω ηλικίας ή αλλαγής τρόπου ζωής, υποστηρίζεται, ότι σχετίζεται με την εμφάνιση ή ταχύτερη εξέλιξη της στεφανιαίας καρδιοπάθειας.

Η πρωτογενής πρόληψη απαιτεί την κοινωνική εκπαίδευση για το αγαθό της τακτικής άσκησης. Σ' αυτήν συνυπολογίζεται η επαγγελματική ενασχόληση που σε ορισμένες περιπτώσεις απαιτεί μεγάλη καταβολή σωματικής ενέργειας, όπως π.χ. σε οικοδόμους, λιμενεργάτες, γεωργούς κ.ά. Οι εργαζόμενοι σε γραφείο προτρέπονται να βαδίσουν μέχρι την υπηρεσία τους ή εάν μένουν πολύ μακριά να κατεβαίνουν από το λεωφορείο ή από το τραίνο μερικές στάσεις νωρίτερα, ώστε το πρόγραμμα της υπηρεσίας να περιλαμβάνει 20-30 min ζωηρό βάδισμα μέχρι το γραφείο και άλλο τόσο για την επιστροφή. Σε άλλα άτομα είναι πιο εύκολο να ασκούνται κατά τον ελεύθερο χρόνο με γυμναστική, ζωηρό βάδισμα, ελαφρό τρέξιμο, χορό, ποδηλασία, κολύμβηση ή άλλα αθλήματα όπως βόλεϊ-μπάλ, μπάσκετ-μπάλ και τέννις. Ο καλύτερος χρόνος για την άσκηση της ημέρας είναι το πρωί πριν από το πρόγευμα και αργά το απόγευμα προ του δείπνου. Οποσδήποτε η άσκηση πρέπει να γίνεται τουλάχιστο δύο ώρες μετά το φαγητό.

Η σωματική άσκηση συνιστάται να είναι δυναμική, κινητική, αερόβια, όπως οι προαναφερθείσες. Θα πρέπει να αποφεύγεται, ιδιαίτερα στους πάσχοντες από στεφανιαία νόσο, η ισομετρική άσκηση κατά την οποία το σώμα δεν κινείται ενώ ασκείται δύναμη για την άρση μεγάλου βάρους, ώθηση αυτοκινήτου, διάνοιξη θύρας

ή παραθύρου που έχει φράξει, τράβηγμα φελού από δοχείο κ.α.
Η ισομετρική άσκηση μπορεί να είναι επικίνδυνη, διότι προκαλεί ταχεία άνοδο της αρτηριακής πίεσης με απότομη και σημαντική αύξηση του καρδιακού έργου.

6.α. Βασικές αρχές που διέπουν τη σωματική άσκηση:

Όπως συμβαίνει και με την προπόνηση ενός αθλητή, η εξωεπαγγελματική άσκηση του υγιούς ή του πάσχοντος από στεφανιαία νόσο περιλαμβάνει μια χρονική περίοδο 5-10 min προθέρμανσης με κάμψεις - εκτάσεις των άκρων και περιοδικά βαθιές αναπνοές, καθώς επίσης και μια τελική περίοδο 5-10 min βαθμιαίας ελάττωσης της έντασης των ασκήσεων και χαλάρωσης. Στους στεφανιαίους ασθενείς η συνολική διάρκεια της άσκησης είναι 30-45 min και γίνεται ανά διήμερο ενώ στους υγιείς μπορεί να είναι καθημερινή και να διαρκεί περισσότερο.

Η ένταση της άσκησης διαφέρει από άτομο σε άτομο ανάλογα με τη φυσική κατάσταση, την ηλικία και βέβαια την πορεία της υγείας του. Θα πρέπει να αποφεύγεται η υπερβολική κόπωση και η άσκηση να γίνεται ηπιότερη και βραχύτερη όταν ο καιρός είναι πολύ ζεστός ή πολύ ψυχρός ή έχει μεγάλη υγρασία. Συμπτώματα που εμφανίζονται κατά την άσκηση, όπως ο πόνος στο θώρακα, ταχυπαλμία, υπερβολική δύσπνοια ή έντονο αίσθημα κόπωσης, θα πρέπει να θεωρούνται ως ανησυχητικές εκδηλώσεις, ιδίως στους πάσχοντες από στηθάγχη ή έμφραγμα του μυοκαρδίου και να διακόπτεται η προσπάθεια. Ακόμα οι ασθενείς θα πρέπει να αποφεύγουν την άσκηση της ημέρας εάν δεν αισθάνονται καλά και είναι κουρασμένοι.

Για προφυλακτικούς λόγους το πρόγραμμα της άσκησης των ασθενών βασίζεται στη μέγιστη καρδιακή συχνότητα που επιτυγχάνεται χωρίς σημεία κινδύνου κατά τη δοκιμασία κόπωσης σε κυλιόμενο τάπητα. Η καθημερινή ή ανά διήμερο άσκηση σχεδιάζεται ώστε κατ'αυτήν να προκαλείται άνοδος της καρδιακής συχνότητας μέχρι το 70-85% της μέγιστης τιμής της δοκιμασίας κόπωσης. Έτσι υπάρχουν ικανά περιθώρια ασφαλείας και όσο περνάει ο καιρός και γυμνάζεται περισσότερο ο ασθενής ακολουθεί εντονότερο πρόγραμμα άσκησης. Οι περισσότεροι καρδιοπαθείς αρχίζουν με έκλυση ενέργειας 50 Kcal και προοδευτικά φθάνουν τις 200-300 Kcal σε κάθε άσκηση. Με την τακτική άσκηση και την αύξηση της καρδιακής συχνότητας στους 110-140/min για βραχέα χρονικά διαστήματα το μυοκάρδιο εργάζεται πιο αποδοτικά, δηλαδή χρησιμοποιεί λιγότερο οξυγόνο κατά μονάδα σωματικής ενέργειας.

Στα πλαίσια της πρωτογενούς πρόληψης η εβδομαδιαία έκλυση ενέργειας από άσκηση σε ένα υγιές άτομο πρέπει να υπερβαίνει τις 2.000 Kcal. Στους χειρωνακτικά εργαζόμενους με τις καλύτερες προοπτικές για χαμηλή επίπτωση της στεφανιαίας νόσου η έκλυση ενέργειας είναι πάνω από 8.500 Kcal την εβδομάδα.

7. Τροποποίηση της συμπεριφοράς για την αντιμετώπιση του Stress.

Είναι παραδεκτό ότι το Stress και η προσωπικότητα Α αποτελούν ανεξάρτητα προδιαθεσικό παράγοντα της στεφανιαίας νόσου, ο οποίος πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη και να θεραπεύεται στα πλαίσια της πρωτοπαθούς ή δευτεροπαθούς πρόληψης. Οι μέθοδοι αντιμετώπισης του Stress ή τροποποίησης χαρακτη-

ριστικών της προσωπικότητας Α δεν έχουν ακόμα αποσαφηνισθεί και η σχετική έρευνα βρίσκεται σε εξέλιξη. Ορισμένοι συγγραφείς συνιστούν την επισήμανση των περιβαλλοντικών καταστάσεων που προκαλούν Stress και την εκμάθηση και χρήση τρόπων με τους οποίους να μειώνεται η ψυχολογική αντίδραση του ατόμου, παράλληλα δε προτείνουν την εκπαίδευση με τρόπους συμπεριφοράς χαρακτηριστικούς της προσωπικότητας Β. Ίσως πιά ενθαρρυντικά είναι τα αποτελέσματα της τακτικής σωματικής άσκησης, η οποία, εκτός από τα άλλα πλεονεκτήματα, έχει παρατηρηθεί ότι οδηγεί σε μεταβολή ορισμένων ανεπιθύμητων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας Α.

Δεδομένου όμως, ότι η νόσος εμφανίζεται κατά τη μέση συνήθως ηλικία, είναι πολύ δύσκολος ο επηρεασμός των ατόμων αυτών και η αλλαγή του τύπου συμπεριφοράς. Παρ'όλα αυτά πρέπει να υποδεικνύεται στον άρρωστο ή ακόμα και στο υγιές άτομο να αποφεύγει καταστάσεις, που είναι δυνατό να δημιουργήσουν αγχώδη προβλήματα και να τις αντιμετωπίζει, όταν τυχόν προκύπτουν, με όση περισσότερη μπορεί αδιαφορία. Η προσωπικότητα του γιατρού και νοσηλευτικού προσωπικού και οι σχέσεις τους με το άτομο είναι δυνατό να συμβάλλουν ώστε να κατανοήσει την ασύμφορη τακτική του άγχους και να προσπαθήσουν μαζί για την αποφυγή του.

Η χρήση τεχνικών μέσων για την τροποποίηση της συμπεριφοράς, όπως η εκπαίδευση αντιμετώπισης του άγχους, υποστηρίζεται ότι μπορεί να βοηθήσει. Αυτά συνίστανται σ'ένα πρώτο στάδιο πλήθους σωματικής χάλασης, ένα δεύτερο στάδιο προσπάθειας πρόκλησης άγχους και ένα τρίτο στάδιο εκπαίδευσης στην αναγνώριση των αντιδράσεων στο ερέθισμα και την αντικατάστασή τους με τη

χάλαση.

Η χρήση τέλος ηρεμιστικών φαρμάκων είναι αναγκαία στους ασθενείς, για τη βοήθεια που προσφέρουν να τροποποιήσουν τη συμπεριφορά τους.

6.β. Δευτερογενής πρόληψη

Γενικά:

Όταν η στεφανιαία νόσος προσβάλλει τελικά το άτομο, πρέπει αυτό να βοηθηθεί ψυχικά και σωματικά στην παραπέρα παραμονή του στο νοσοκομείο, στην πρόληψη των επιπλοκών που μπορούν να εμφανιστούν, στη σταδιακή δραστηριοποίηση και συντήρησή του. Πρέπει επίσης να συμβουλευτεί για την επιβλαβή επίδραση μερικών προδιαθεσικών παραγόντων που αν δεν προληφθούν, σίγουρα θα επηρεάσουν άσχημα την κατάστασή του.

Θα μπει σ'ένα πρόγραμμα αποκατάστασης, που οι στόχοι και τα κριτήριά του, για να είναι επιτυχημένο, είναι: (1) επιστροφή σε θετική εργασία ή ανεξάρτητη ζωή (επιτυχή έξοδο στη σύνταξη ή αυτοπεριποίηση)· (2) ελάττωση της οικονομικής επιβάρυνσης λόγω της (στεφανιαίας) νόσου, του ασθενούς, της οικογένειάς του ή της κοινωνίας, ελάττωση της ανάγκης για περίθαλψη στην περίοδο της ανάρρωσης και όσο το δυνατό ταχύτερη επιστροφή στη δουλειά· (3) ελάττωση του κινδύνου υποτροπής του εμφράγματος του μυοκαρδίου, πρόωρου θανάτου ή επιπλοκών του εμφράγματος, δηλαδή, την εφαρμογή προγράμματος δευτερογενούς πρόληψης· και (4) τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του μεγάλου αριθμού ασθενών που επιζούν σήμερα μετά από την προσβολή της στεφανιαίας αθηροσκληρυντικής καρδιοπάθειας.

6.β.1. Το υπόλοιπο της παραμονής στο νοσοκομείο:

Μετά την οξεία κλινική εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου και μετά την εντατική παρακολούθησή του, (φάση I), κατά την έξοδο του από τη στεφανιαία μονάδα, πρέπει να ακολουθήσει ένα πρόγραμμα αποκατάστασης με βαθμιαία αύξηση της σωματικής δραστηριότητας κατά το υπόλοιπο της παραμονής του στο νοσοκομείο. Σκοπός αυτής της ενέργειας είναι να φέρει τον ασθενή σε επίπεδο δραστηριότητας που να μπορεί να περιποιείται τον εαυτό του την ημέρα που θα επιτρέψει στο σπίτι του· αυτό γενικά γίνεται σε 14 έως 21 ημέρες. Αν και σε επιλεγμένους ασθενείς με ανεπίπλεκτο έμφραγμα είναι δυνατή πρωιμότερη έξοδος από το νοσοκομείο, μεγαλύτερη σημασία έχει η πρώιμη κινητοποίηση.

Οι δραστηριότητες που επιτρέπονται στη φάση αυτή (φάση II) είναι η αυτοπεριποίηση, το κάθισμα σε παρακλίνια πολυθρόνα για βαθμιαία αυξανόμενα χρονικά διαστήματα, οι κινήσεις του σώματος και οι ρυθμικές ασκήσεις. Ο ασθενής προοδευτικά αρχίζει να βαδίζει στο δωμάτιο, στο διάδρομο του νοσοκομείου και τελικά ανεβαίνει τις σκάλες. Οι περίοδοι της σωματικής δραστηριότητας διακόπτονται από περιόδους αναπαύσεως, η δε σωματική δραστηριότητα αποφεύγεται αμέσως μετά τα γεύματα, οπότε ο ασθενής δε βρίσκεται σε σχεδόν βασική κατάσταση. Επίσης αποφεύγονται οι ισομετρικές ασκήσεις λόγω των αυξημένων φορτίων έργου που δημιουργούν για την αριστερή κοιλία και του δυνητικού κινδύνου προκλήσεως αρρυθμιών. Εφαρμόζονται επίσης κριτήρια για την αναγνώριση υπέρμετρης ή δυσανάλογης απάντησης σε ένα δοσμένο επίπεδο δραστηριότητας, πράγμα που σημαίνει την ανάγκη ελάττωσης της τελευταίας.

Με τις κατευθυντήριες αυτές γραμμές, πάνω από 3.000 ασθενείς με στεφανιαίο επεισόδιο ή βέβαιο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου συμμετείχαν στο πρόγραμμα προοδευτικής σωματικής δραστηριότητας στο Grady Memorial Hospital και στην Emory University School of Medicine από το 1966. Δεν παρατηρήθηκαν επεισόδια καρδιακής ανακοπής, αιφνίδιου θανάτου, υποτροπής του εμφράγματος του μυοκαρδίου ή απειλητικών αρρυθμιών που να είχαν άμεση σχέση με το πρόγραμμα σωματικής δραστηριότητας, πλην ενός επεισοδίου κοιλιακής μαρμαρυγής που ανατάχθηκε άμεσα με απινίδωση· τα επεισόδια της στηθάγχης αντιμετωπίζονταν με χορήγηση νιτρογλυκερίνης.

Έχει περιγραφεί κατάθλιψη της επιστροφής στο σπίτι. Οι εκδηλώσεις αυτές απορρυθμίσεως λόγω του παρατεταμένου κλινοστατισμού μπορούν να ελαχιστοποιηθούν ή να αποφευχθούν με πρόγραμμα βελτίωσης της φυσικής κατάστασης κατά τη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο. Εκτός αυτού, η απάντηση του ασθενούς στο νοσοκομειακό πρόγραμμα αποκατάστασης δίνει τις κατευθυντήριες γραμμές στο γιατρό για να συστήσει ανάλογα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας στο σπίτι και κατά την περίοδο ανάρρωσης.

Πρόσφατες, καλά σχεδιασμένες και ελεγμένες μελέτες τεκμηρίωσαν την αναγκαιότητα, το εφικτό, την ασφάλεια και την ευμενή οικονομική επίπτωση του τρόπου αυτού προσέγγισης. Η παραμονή στο νοσοκομείο συντομεύεται και αυξάνεται η αυτοπεποίθηση του ασθενούς και η ικανότητα για αυτοπεριποίηση. Μεγάλη σημασία έχει το γεγονός ότι δεν παρατηρήθηκε διαφορά στη νοσοκομειακή ή εξωνοσοκομειακή θνητότητα και στη συχνότητα των υποτροπών του εμφράγματος, των αρρυθμιών της καρδιακής ανεπάρκειας, της στηθάγχης, του κοιλιακού ανευρύσματος ή

της καρδιακής ρήξης μεταξύ των ομάδων με πρώιμη κινητοποίηση και της ομάδας με παραδοσιακή νοσοκομειακή αντιμετώπιση. Αντίθετα, σημαντικά μεγαλύτερη αναπηρία αποδείχθηκε κατά την παρακολούθηση στην ομάδα του ελέγχου παρά στην ομάδα της πρώιμης κινητοποίησης.

Το δεύτερο μέρος της παραμονής στο νοσοκομείο παρέχει την ιδανική ευκαιρία, τα μέσα και το προσωπικό για την ενημέρωση του ασθενούς και των οικίών του. Η κατανόηση και η αποδοχή εκ μέρους του ασθενούς της νόσου του βοηθά στην κατανόηση του θεραπευτικού σχήματος και στην αποδοχή των απαραίτητων μεταβολών της συμπεριφοράς: αναφορικά με τη δίαιτα, τη δραστηριότητα και το κάπνισμα. Η ενημέρωση του ασθενούς πρέπει να περιλαμβάνει τα εξής τουλάχιστο θέματα: (1) Διατροφή - τροποποίηση των θερμίδων, του λίπους, του νατρίου της τροφής, ανάλογα με τις ανάγκες και λόγοι που επιβάλλουν τις μεταβολές αυτές. (2) Σωματική δραστηριότητα - θεωρητική βάση των προτεινόμενων μεταβολών, ένταση και είδος ασκήσεως που επιτρέπεται και σχέση με το επίπεδο της προηγούμενης δραστηριότητας και εργασίας του ασθενή και επανέναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας. Η τελευταία συνδυάζεται με ελαφρά ή μέτρια αύξηση της καρδιακής συχνότητας και της αρτηριακής πίεσης και επομένως με αύξηση του καρδιακού έργου. Θα πρέπει να περάσουν τουλάχιστον 8-12 εβδομάδες μετά το έμφραγμα του μυοκαρδίου για να ξαναρχίσουν οι ασθενείς τη σεξουαλική τους δραστηριότητα. (3) Οδηγίες για τη διακοπή του καπνίσματος και θεωρητική βάση. (4) Σχέδια θεραπείας στο άμεσο και απώτερο μέλλον: η κατανόηση του χαρακτήρα της νόσου κάνει τον άρρωστο πιο ρεαλιστή αναφορικά με τον μελλοντικό τρόπο ζωής και τις ανάγκες για την παρακο-

λούθηση της υγείας του. (5) Οδηγίες για τον έλεγχο της παχυσαρκίας, και των συναισθηματικών του εξάρσεων. (6) Έλεγχος των συνοδών νόσων, ιδιαίτερα της υπέρτασης και του σακχαρώδη διαβήτη, και των άλλων στεφανιαίων παραγόντων κινδύνου.

(7) Οδηγίες αναφορικά με την απάντηση του ασθενούς στην εμφάνιση νέων ή την υποτροπή παλιών συμπτωμάτων, ιδίως του θωρακικού πόνου· υπογράμμιση στον ασθενή και στους οικίους του της ανάγκης για άμεση αναζήτηση της ιατρικής βοήθειας, με σκοπό την ελάττωση του κινδύνου του αιφνιδίου θανάτου, σε περιπτώσεις υποτροπής του εμφράγματος. (8) Ενημέρωση αναφορικά με τα φάρμακα τα οποία πρέπει ο ασθενής να παίρνει (το όνομά τους, τη δοσολογία, τις επιθυμητές δόσεις και τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες. Και (9) Οδηγίες αναφορικά με τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα στο σπίτι, στη δουλειά ή στην κοινότητα που ζούν. Στην πραγματικότητα, τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα είναι δυνατό να δημιουργούν περισσότερες δυσκολίες στον ασθενή απ'ό,τι η ίδια η νόσος.

Συχνά η καθυστέρηση της επιστροφής στην εργασία δε συσχετίζεται ούτε προς τη βαρύτητα της αρχικής νόσου, ούτε με τα υπάρχοντα καρδιαγγειακά συμπτώματα και τη βλάβη της καρδιαγγειακής λειτουργίας. Στους ασθενείς και στους οικείους πρέπει να δίνονται συμβουλές αναφορικά με τα προβλήματα της επιστροφής στη δουλειά, και τις δραστηριότητες αναψυχής. Αναφορικά με την οικογενειακή ζωή, ο γιατρός πρέπει να αποτρέψει την ανάπτυξη υπερπροστασίας εκμέρους της οικογένειας.

Ωστόσο, τα πλεονεκτήματα, που αποκτήθηκαν κατά τη διάρκεια του προγράμματος νοσοκομειακής αποκατάστασης, χάνονται αν δεν επακολουθήσει και μετανοσοκομειακή αποκατάσταση.

6.β.2. Ανάρρωση:

Μετά την επιστροφή του ασθενούς στο σπίτι (φάση III) σκοπός της προοδευτικής αύξησης της σωματικής δραστηριότητας είναι η επίτευξη ενός επιπέδου λειτουργίας που θα επιτρέψει την επάνοδο του ασθενή στη δουλειά του την 8η με 12η εβδομάδα. Η επιβλεπόμενη προοδευτική κινητοποίηση κατά τη διάρκεια της νοσηλείας στο νοσοκομείο βοηθά στην εκδίωξη του φόβου του ασθενούς και της οικογένειας για υποτροπή του εμφράγματος του μυοκαρδίου ή εμφάνιση αιφνίδιου θανάτου σαν αποτέλεσμα της σωματικής δραστηριότητας. Οι ψυχολογικοί αυτοί φραγμοί στην αποκατάσταση μερικές φορές είναι σημαντικότεροι από τους σωματικούς περιορισμούς. Οι φόβοι του γιατρού και του αρρώστου αναφορικά με τον κίνδυνο υποτροπής του εμφράγματος ή του αιφνίδιου θανάτου αποτελούν τα κύρια εμπόδια για την πρόωπη επιστροφή του ασθενούς στην εργασία και στη φυσιολογική ζωή.

Μετά την επιστροφή στο σπίτι επιτρέπονται οι περισσότερες δραστηριότητες στις οποίες περιλαμβάνεται και η πλήρης αυτοπεριοποίηση. Στις γυναίκες επιτρέπεται να κάνουν ελαφρές εργασίες· απαγορεύεται η τακτοποίηση των κρεβατιών, το πλύσιμο και το κρέμασμα των ρούχων και η καθαριότητα του πατώματος. Οι άντρες μπορούν να κάνουν εργασία γραφείου και μερικές άλλες δουλειές. Η φυσική δραστηριότητα των τελευταίων ημερών του νοσοκομείου διατηρείται· η προοδευτική αύξηση της δραστηριότητας συνίσταται κυρίως στο περπάτημα και περιλαμβάνει βαθμιαία αύξηση της απόστασης και της ταχύτητας. Στο τέλος της 6ης εβδομάδας, ο μέσος ασθενής πρέπει να περπατά 1,5 με 3

χιλιόμετρα την ημέρα, διαιρεμένα σε δύο ή τρεις περιόδους. Τα ειδικά συνταγμένα προγράμματα φυσικής αποκατάστασης αυξάνουν την αυτοπεποίθηση του ασθενούς και το αίσθημα της ευεξίας· πρόσθετο πλεονέκτημα αυτών είναι ότι δίνουν τη δυνατότητα στους ασθενείς που βρίσκονται στην ανάρρωση από έμφραγμα του μυοκαρδίου να σχεδιάσουν και να οργανώσουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες.

Η εξέταση του γιατρού κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης (φάση III) πρέπει να περιλαμβάνει εκτίμηση της απάντησης του ασθενούς στο δεδομένο επίπεδο δραστηριότητας πριν γίνει η μετάπτωση στο επόμενο επίπεδο. Κατά την περίοδο αυτή πρέπει να παρθεί τουλάχιστο μιά φορά ηλεκτροκαρδιογράφημα ηρεμίας και να γίνει εκτίμηση της καρδιακής λειτουργίας στο επίπεδο της δραστηριότητας που επιτρέπεται, σύμφωνα με το πρόγραμμα της αποκατάστασης. Εφόσον δε συμβαίνει δυσανάλογη απάντηση στην ένταση της προσπάθειας, συνιστάται στον ασθενή να αυξήσει την ταχύτητα και τη διάρκεια του βαδίσματος. Ο τύπος αυτός του προγράμματος φυσικής δραστηριότητας αποσκοπεί στην αύξηση της αντοχής. Ο ασθενής που μπορεί να βαδίζει χωρίς συμπτώματα και με ταχύτητα γύρω στα πέντε χιλιόμετρα την ώρα στο τέλος της φάσης III έχει φθάσει σε επίπεδο λειτουργίας κάπως ανώτερο από αυτό που χρειάζεται για τις περισσότερες εργασίες γραφείου και καθιστικές εργασίες· η λειτουργική αυτή ικανότητα είναι αρκετή και επιτρέπει την επιστροφή στη δουλειά στην πλειονότητα των ασθενών.

6.β.3. Δραστηριοποίηση και συντήρηση:

Στη φάση αυτή της κλινικής στεφανιαίας νόσου, υποτίθεται ότι η καρδιαγγειακή κατάσταση του ασθενούς έχει βελτιωθεί σε σημαντικό βαθμό και επιτρέπει την επάνοδο αυτού στο προηγούμενο επάγγελμα ή προηγούμενο επίπεδο καθημερινών δραστηριοτήτων. Έν,αν αυτό είναι δυνατό, ο ασθενής έχει διδαχθεί μια πιο κατάλληλη επαγγελματική απασχόληση ή πιο κατάλληλο επίπεδο δραστηριότητας. Στη φάση αυτή η επαύξηση της φυσικής κατάστασης επιτυγχάνεται με τη συμμετοχή σε ατομικά ή επιβλεπόμενα ομαδικά προγράμματα γυμναστικής. Πριν την έναρξη της άσκησης στα υψηλότερα αυτά επίπεδα σωματικής δραστηριότητας, απαιτείται η διενέργεια πολυσταδιακής δοκιμασίας κόπωσης που θα βοηθήσει στην ασφάλεια και ακρίβεια της φυσικής δραστηριότητας που θα σχεδιαστεί. Επιπλέον, για ασθενείς που το επάγγελμά τους απαιτεί υψηλότερου επιπέδου φυσική δραστηριότητα, τα δεδομένα της δοκιμασίας κόπωσης μπορούν να συσχετισθούν με τις γνωστές ανάγκες ενέργειας τις οποίες επιβάλλει η εργασία τους. Με το τρόπο αυτό παρέχεται αντικειμενική βάση για τις συστάσεις σχετικά με την ασφαλή επιστροφή του ασθενούς στη δουλειά του.

Όπως και με κάθε άλλο θεραπευτικό μέτρο, ο γιατρός που δίνει οδηγίες αναφορικά με τη φυσική δραστηριότητα πρέπει να γνωρίζει με τις ενδείξεις και τις αντεδείξεις την ένταση, συχνότητα και διάρκεια της δραστηριότητας που απαιτείται για τη διατήρηση της φυσικής κατάστασης τα επιθυμητά και ανεπιθύμητα αποτελέσματα τα μέτρα και τα μέσα επείγουσας θεραπείας και τις συνιστώμενες κατευθυντήριες γραμμές για το σχεδιασμό προγράμματος ασκήσεων. Στην πραγματικότητα η αναγραφή των σωματικών ασκήσεων αποτελεί το κέντρο του σχεδίου θεραπείας. Η δοσο-

λογία των ασκήσεων για συντήρηση της φυσικής δραστηριότητας σε ασθενείς μετά το έμφραγμα του μυοκαρδίου περιλαμβάνει:

(1) ένταση ασκήσεως αντίστοιχη με τα 75 ως 85% της μέγιστης καρδιακής συχνότητας που επιτεύχθηκε με ασφάλεια σε προηγούμενη δοκιμασία κόπωσης (γενικά το 75% χρησιμοποιείται για προγράμματα ασκήσεων στο σπίτι χωρίς επίβλεψη και το 85% για τα επιβλεπόμενα προγράμματα γυμναστικής), (2) διάρκεια περίπου 30 λεπτά κατά συνεδρία στα οποία περιλαμβάνεται η περίοδος "θέρμανσης" και βαθμιαίας ελάττωσης της δραστηριότητας ("ψύξεως"), και (3) συχνότητα δύο ή και τρεις φορές την εβδομάδα κατά προτίμηση όχι σε διαδοχικές ημέρες. Δεν είναι γνωστό αν είναι το ίδιο ευεργετικά τα προγράμματα ασκήσεων λιγότερης διάρκειας ή λιγότερης έντασης. Συνιστώνται οι δυναμικές ασκήσεις, δηλαδή οι ρυθμικές επαναληπτικές κινήσεις, στις οποίες συμμετέχουν μεγάλες μυϊκές μάζες. Η γυμναστική μπορεί να είναι συνεχής ή διαλείπουσα κατά τη συνεδρία της άσκησης· η συνεχής άσκηση επισπεύδει την ανάπτυξη του αποτελέσματος της φυσικής κατάστασης· ωστόσο το πρωτόκολλο με διακεκομμένη άσκηση είναι περισσότερο εφαρμόσιμο στους βαρύτερα προσβλημένους ασθενείς.

Η συνέχιση της συντηρητικής θεραπείας και, όπου απαιτείται, η χειρουργική θεραπεία - επαναγγείωση του μυοκαρδίου και/ή ανευρυσματεκτομή - αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο της προσπάθειας για επαύξηση της καρδιακής λειτουργίας. Το όλο πρόγραμμα αποκατάστασης όπως προαναφέρθηκε είναι εφαρμόσιμο και στους ασθενείς που υποβάλλονται σε επαναγγείωση του μυοκαρδίου και πρέπει να αρχίζει νωρίς στη μετεγχειρητική περίοδο.

Τα προγράμματα αποκατάστασης με συστηματική σωματική δραστηριότητα μετά την εισαγωγή στο νοσοκομείο για έμφραγμα κυρίως του μυοκαρδίου επαυξάνουν τη λειτουργική ικανότητα των καρδιαπαθειών. Ωστόσο, τα προγράμματα έντονης άσκησης (καθώς και η έντονη δοκιμασία κοπώσεως) αντενδείκνυται σε ασθενείς με πρόσφατο έμφραγμα του μυοκαρδίου, πρόσφατη ή ασταθή στηθάγχη, πολλές καρδιακές αρρυθμίες, υψηλού βαθμού κολποκοιλιακό αποκλεισμό, τεχνητό βηματοδότη σταθερής συχνότητας, μη αντιρραπιζόμενη συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, βαλβιδική στένωση, μη ελεγχόμενο σακχαρώδη διαβήτη, υπέρταση κλπ.

Η δαπάνη ενέργειας, για τις διάφορες φυσικές δραστηριότητες, φαίνεται ότι είναι η ίδια στα πρόδηλα φυσιολογικά άτομα και στους ασθενείς με στεφανιαία αθηροσκληρυντική καρδιοπάθεια μετά το έμφραγμα. Η πληροφορία αυτή χρησιμεύει σαν οδηγός για την εισαγωγή πιο δύσκολων και πιο δαπανηρών σε ενέργεια δραστηριοτήτων στο πρόγραμμα ασκήσεων. Οι ασκήσεις πρέπει να σχεδιάζονται με τρόπο που να γυμνάζονται τα χέρια και τα πόδια, επειδή η εξάσκηση των ποδιών δε μεταβάλλει την καρδιαγγειακή απάντηση στην εργασία των χεριών και αντίστροφα, σήμερα δε οι περισσότεροι εργάζονται με τα χέρια.

Στους ασθενείς πρέπει να διδάσκεται η προσήλωση στο πρόγραμμα γυμναστικής, η αποφυγή ανταγωνιστικών ασκήσεων ή ασκήσεων σε φάση μεγάλης κοπώσεως ή σε φάση που δέχονται την επίδραση υπερβολικών Stress. Στους ασθενείς λέγεται να αναφέρουν τυχόν εμφάνιση θωρακικού πόνου, δύσπνοιας, παλμών, ζάλης ή κάθε νέου συμπτώματος που θα μπορούσε να σημαίνει παροδική αντένδειξη συνέχισης του προγράμματος ή ανάγκη για ελάττωση της έντασης της φυσικής δραστηριότητας. Η άσκηση, για να

γίνει συνήθεια ζωής, πρέπει να είναι ευχάριστη στον ασθενή.

Μετά την άσκηση, η καρδιαγγειακή απάντηση του ασθενούς στο ίδιο φορτίο έργου χαρακτηρίζεται από μικρότερη αύξηση της καρδιακής συχνότητας και της συστολικής αρτηριακής πίεσης και μικρότερη αύξηση της καρδιακής παροχής· η κλασική βραδυκαρδία μετά το πρόγραμμα γυμναστικής σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο φαίνεται ότι αντιρροπίζεται με αύξηση της αρτηριοφλεβικής διαφοράς οξυγόνου μάλλον παρά με αύξηση του όγκου παλμού, όπως γίνεται στα υγιή άτομα. Το αποτέλεσμα της εκγύμνασης χαρακτηρίζεται ακόμα από ελάττωση ή απουσία στηθάγχης και ελάττωση των μεταβολών του ST-T στο ηλεκτροκαρδιογράφημα για την ίδια ποσότητα εξωτερικού έργου. Η βελτίωση της κλινικής και ηλεκτροκαρδιογραφικής απάντησης στην άσκηση μετά το πρόγραμμα της γυμναστικής δεν οφείλεται σε αύξηση των στεφανιαίων παραπλευρών αγγείων αλλά σε βελτίωση της απάντησης της καρδιακής συχνότητας και της αρτηριακής πίεσης στην άσκηση και επίσης σε επαύξηση της απόδοσης οξυγόνου στο μυοκάρδιο. Η ανάπτυξη της παράπλευρης κυκλοφορίας (όπως μετριέται αγγειογραφικά) φαίνεται ότι συσχετίζεται προς την πρόοδο της υποκείμενης αποφρακτικής νόσου των στεφανιαίων αρτηριών, το δε πρόγραμμα των σωματικών ασκήσεων φαίνεται ότι ελάχιστη επίδραση έχει στην εξέλιξη της αθηροσκλήρυνσης. Η άσκηση δε φαίνεται να μεταβάλλει τη σχέση του βαθμού των μεταβολών του τμήματος ST προς την αιμοδυναμική κατάσταση, καθώς οι μεταβολές του τμήματος ST εμφανίζονται στο ίδιο επίπεδο καρδιακής συχνότητας και γινομένου πίεσης-συχνότητας, όπως και πριν το πρόγραμμα γυμναστικής.

Στο κρίσιμο ερώτημα αναφορικά με την επίπτωση του προγράμματος άσκησης στην απώτερη πρόγνωση των ασθενών με έμφραγμα του μυοκαρδίου (αν δηλαδή μεταβάλλει τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα) δεν έχει δοθεί οριστική απάντηση. Τα δεδομένα του Sanna υπαινίσσονται βελτίωση της απώτερης θνησιμότητας χωρίς επίδραση στη συχνότητα υποτροπής του εμφράγματος. Αναμένονται νεώτερα στοιχεία από ελεγμένες προοπτικές μελέτες που βρίσκονται σήμερα σε εξέλιξη. Παρόλα αυτά, παρατηρείται βελτίωση του άγχους και της κατάθλιψης και βελτίωση του αισθήματος ευεξίας, αυτοπεποίθησης, θετικότητας και αυτοεκτίμησης. Οι ασθενείς με καλή φυσική κατάσταση έχουν καλύτερη πρόγνωση αναφορικά με την επιστροφή στην εργασία τους.

Τα προγράμματα αποκατάστασης με προοδευτική αύξηση της φυσικής δραστηριότητας βοηθούν στην ελάττωση της διάρκειας της παραμονής στο νοσοκομείο των ασθενών με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Σήμερα οι περισσότεροι στεφανιαίοι ασθενείς επιστρέφουν στην εργασία τους απ'ότι δέκα ή είκοσι χρόνια παλιότερα.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Υλικό και μέθοδος

Διαβάζοντας το γενικό μέρος της εργασίας διαπιστώνουμε εύκολα το πόσο σημαντική είναι η πρόληψη στην εκδήλωση της στεφανιαίας νόσου. Για να επιτευχθεί βέβαια η πρόληψη είναι αναγκαία η γνώση των προδιαθεσικών εκείνων παραγόντων που οδηγούν σε ταχύτερη εκδήλωση της νόσου. Είναι μεγάλο λοιπόν το έργο της νοσηλεύτριας/τή στην επιτέλεση αυτού του σκοπού, γιατί είναι προτιμότερο να προληφθεί (όσο περισσότερο γίνεται) μια νόσος, παρά να αφεθεί να εκδηλωθεί για να αντιμετωπιστεί.

Για να δούμε λοιπόν και στην πράξη αυτά που προανάφερα, διάλεξα μερικούς από τους προδιαθεσικούς παράγοντες της νόσου, τους τοποθέτησα σ' ένα ερωτηματολόγιο (το οποίο παρατίθεται στη σελίδα...) και βάση αυτού πήρα συνέντευξη από ασθενείς της μονάδας εντατικής παρακολούθησης καρδιοπαθών του νοσοκομείου Ε.Ε.Σ. στο διάστημα της 3μηνης πρακτικής μου άσκησης σ' αυτό, από 1/8/88 έως 31/1/89.

Η μικρή όμως αυτή έρευνα δεν μπορεί να θεωρηθεί απολύτως αξιόπιστη, γιατί ο αριθμός των ατόμων που ερωτήθηκαν είναι μικρός, τα άτομα που ερωτήθηκαν ήσαν κατά το 85% κάτοικοι της Αθήνας, οι ερωτήσεις που έγιναν ήσαν γενικές και τα άτομα που τις απάντησαν ήσαν ως επί το πλείστον ηλικιωμένα, πράγμα που σημαίνει ότι, παρ' όλο που απαντούσαν ευχάριστα, πολλές φορές δεν μπορούσαν να θυμηθούν ορισμένα πράγματα και απαντούσαν κατά προσέγγιση. Τα άτομα που ερωτήθηκαν βέβαια ήσαν διαφόρων

ηλικιών από 23 και 33 έως 85 και 90 χρόνων με μέσο όρο τα 55-60 χρόνια.

Είναι απαραίτητο να εξηγήσω σ' αυτό το σημείο αναλυτικότερα τις παραμέτρους του ερωτηματολογίου, για να γίνουν πιο κατανοητά τα αποτελέσματα. Εκτός λοιπόν από την ηλικία οι ασθενείς ρωτήθηκαν για το επίπεδο της μόρφωσής τους, στοιχείο απαραίτητο για την έρευνα, γιατί παρατηρήθηκε ότι παρουσίασαν διαφορετική αντιμετώπιση της νόσου τα μορφωμένα άτομα από τα μη μορφωμένα. Τα πρώτα μπορούσαν καλύτερα τη ζημιά που θα δημιουργούσε η συνέχιση ενός παράγοντος κινδύνου π.χ. το κάπνισμα, αλλά και τον τρόπο της σωστής σταδιακής αποκατάστασής τους μετά τη νόσηση. Βέβαια και αυτό δεν ήταν απόλυτο γιατί εξαρτώταν σε μεγάλο βαθμό από τον υπάκουο χαρακτήρα και την καλή διάθεση κάθε ατόμου.

Τα άτομα ακόμα που κατατάχθηκαν στους πρώην καπνιστές ήταν εκείνοι που για διάφορους λόγους είχαν διακόψει το κάπνισμα τσιγάρου πριν από 6-16 χρόνια. Όσοι έχουν καταταχθεί σχετικά με τη διατροφή στα ζωϊκά λευκώματα ή στα χορταρικά, είναι αυτοί που στη ζωή τους είχαν προτίμηση στον πρώτο ή δεύτερο τρόπο διατροφής, πριν την πρώτη εμφάνιση των συμπτωμάτων της στεφανιαίας νόσου· γιατί φυσικό ήταν να αλλάξουν μετά απ' αυτό το διαιτολόγιό τους με υγιεινότερη διατροφή.

Σχετικά τέλος με την εργασία όταν γίνεται ο διαχωρισμός σε πνευματική και χειρωνακτική εργασία, εννοείται ως πνευματική η εργασία που είναι καθιστική ως επί το πλείστον και ως χειρωνακτική η εργασία που απαιτεί μεγάλη σωματική κίνηση και δραστηριότητα. Η μέθοδος που ακολουθήθηκε η μέθοδος της εκατοστιαίας αναλογίας.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΤΗΝ
ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ

1. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:.....

2. ΗΛΙΚΙΑ:.....

3. ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ:

Απόφοιτος δημοτικού

Απόφοιτος γυμνασίου, λυκείου

Ανώτερης-Ανώτατης σχολής

4. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

Εγγαμος

Αγαμος

5. ΚΑΠΝΙΣΜΑ

ΝΑΙ ΟΧΙ

Πρώην καπνιστές

6. ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΟ:

Ζωικά λευκώματα

Χορταρικά όσπρια

Μέση κατάσταση

7. ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

Πνευματική εργασία

είδος.....

Χειρωνακτική εργασία

είδος.....

Μικτή εργασία

είδος.....

8. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ:

Ηρεμο άτομο

αγχώδες νευρικό άτομο

πολύ λίγο

9. ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ:

ΝΑΙ

ΟΧΙ

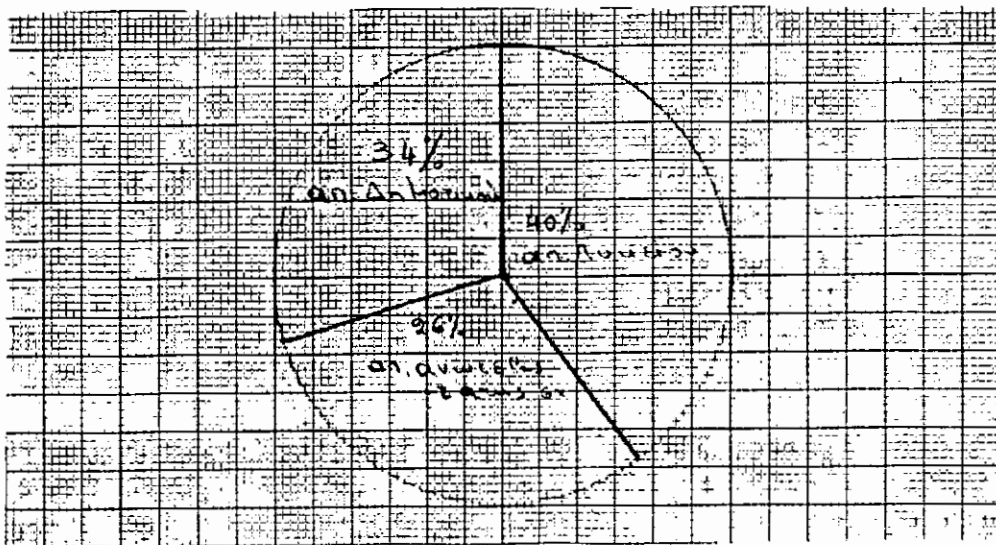
ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

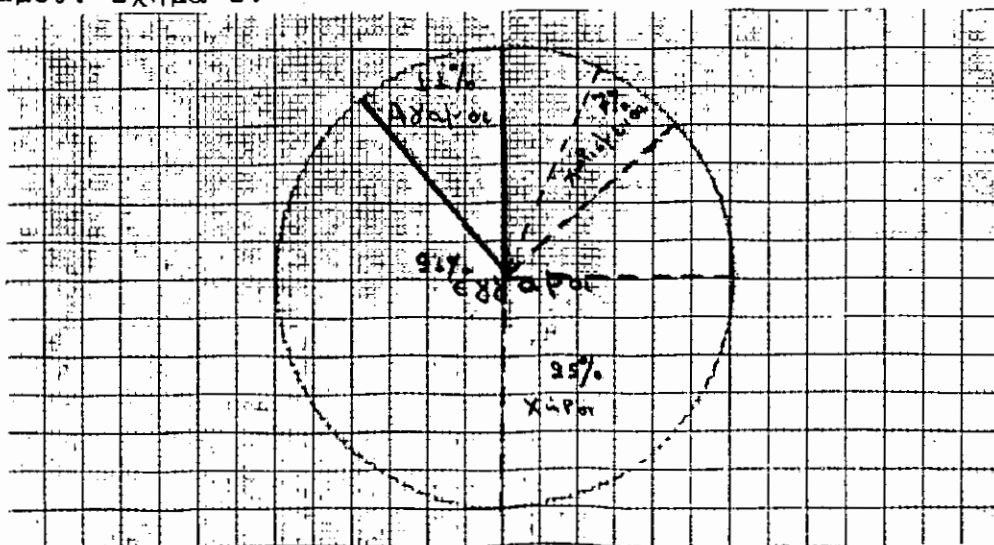
Αποτελέσματα

Τα αποτελέσματα της μικρής αυτής προσπάθειας για έρευνα είναι χαρακτηριστικά και ανταποκρίνονται ως επί το πλείστον σ' αυτά που αναφέρθηκαν στο κεφάλαιο σχετικά με τους προδιαθεσικούς παράγοντες.

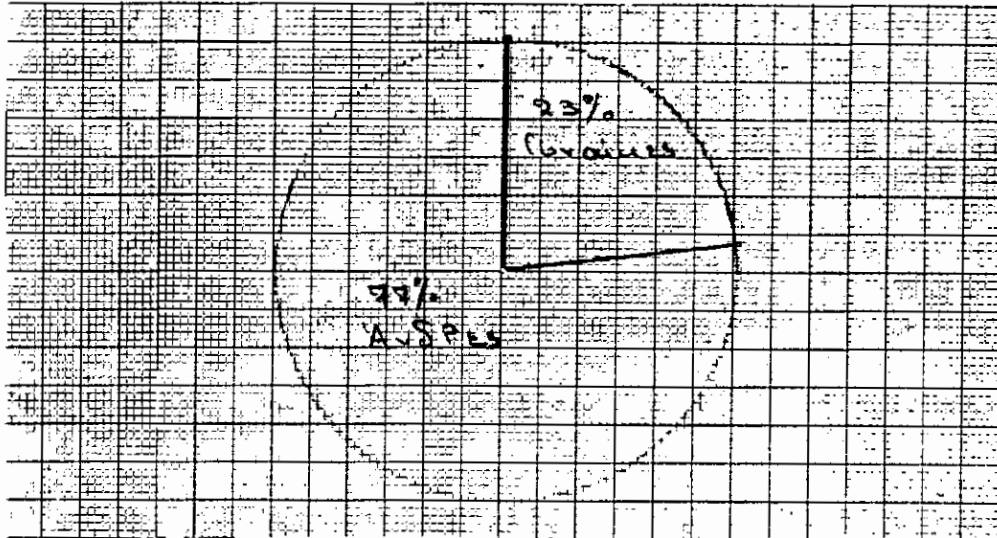
Παρατηρήθηκε λοιπόν ότι σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο το 40% είναι απόφοιτοι λυκείου (όχι πάντα όλων των τάξεων), το 26% απόφοιτοι ανώτερης-τατης σχολής και το 34% είναι απόφοιτοι δημοτικού και (ή) χωρίς μόρφωση άτομα. Σχήμα 1.



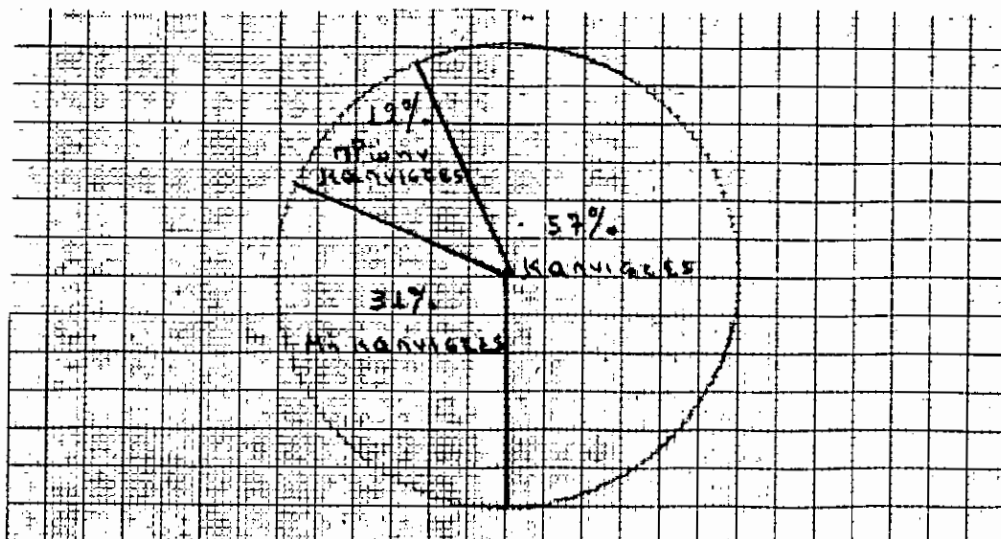
Απ' όλους τους ασθενείς οι 91% ήταν έγγαμοι και οι 11% άγαμοι. Σχήμα 2.



Απ' το 91% έγγαμους οι 25% είχαν μείνει μόνοι λόγω θανάτου του συζύγου και οι 6-7% ήσαν χωρισμένοι. Σχήμα 2. Διαπιστώθηκε επίσης ότι και οι 11 άγαμοι ήσαν άνδρες. Το ποσοστό των ανδρών στην έρευνα ήταν 77% και το ποσοστό των γυναικών 23%. Σχήμα 3.

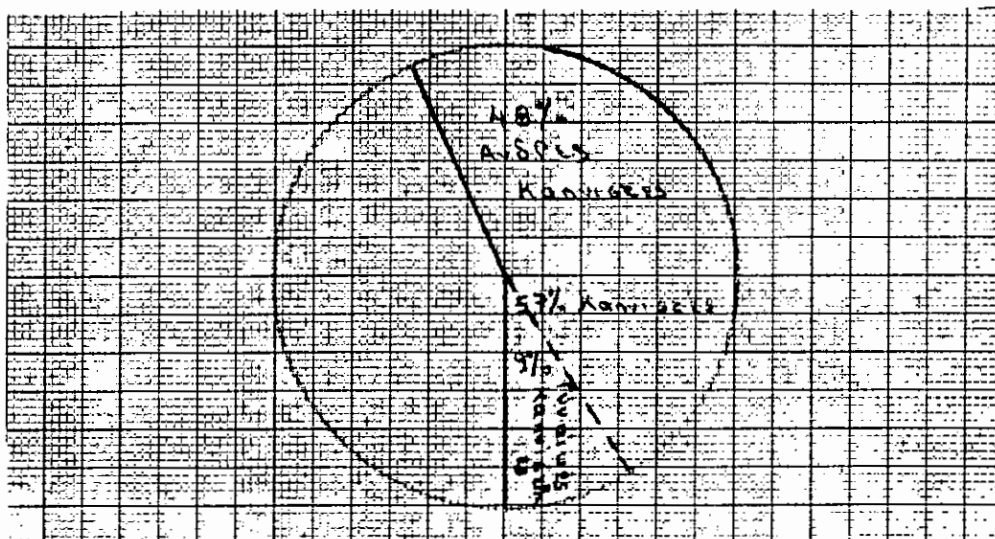


Σχετικά με το κάπνισμα του τσιγάρου διαπιστώθηκε γενικά ότι οι καπνιστές αποτέλεσαν το 57% των ασθενών, οι πρώην καπνιστές το 19% και οι μή καπνιστές το 31%. Σχήμα 4.

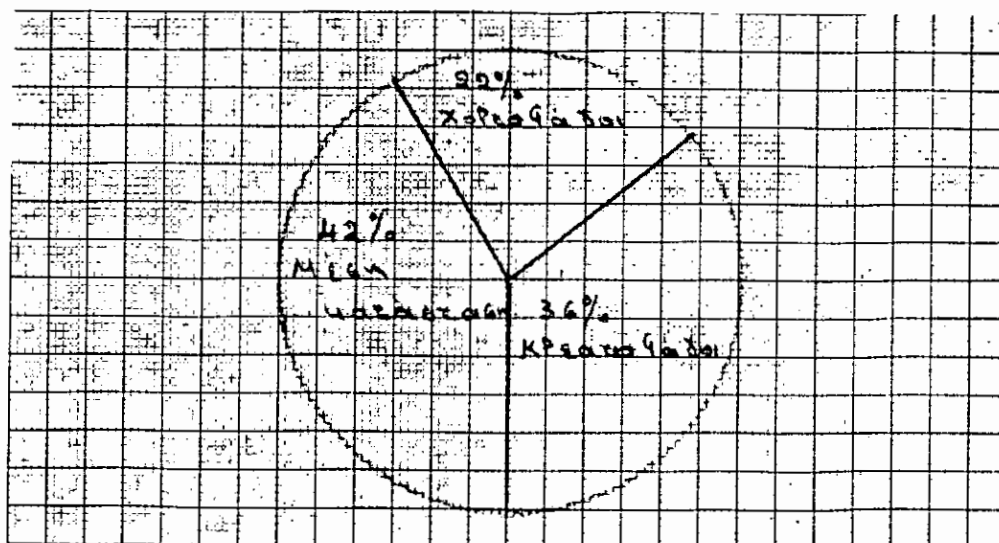


Από τους 57 καπνιστές οι 48 ήσαν άνδρες και οι 9 γυναίκες.

Σχήμα 5.

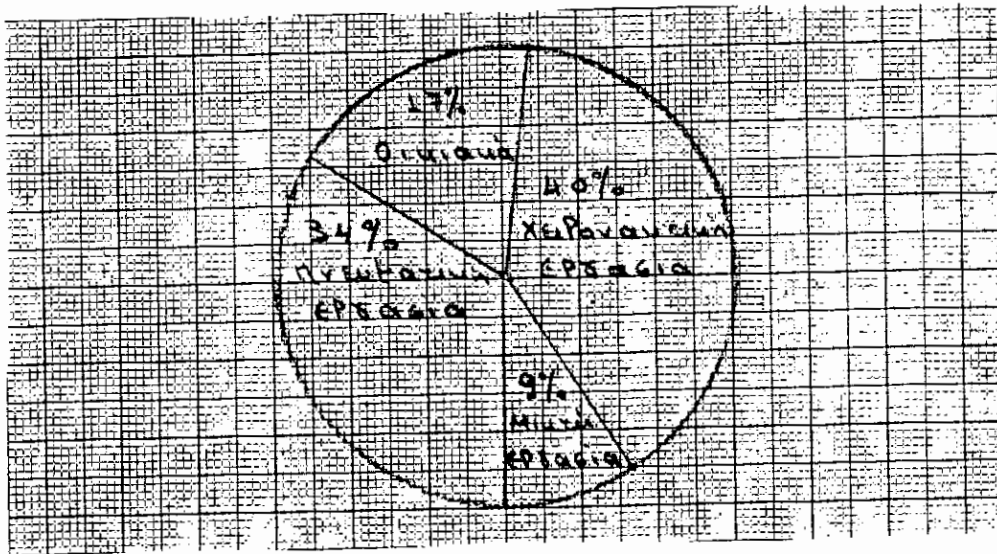


Αναφορικά με τη διατροφή αυτοί που δήλωσαν "κρεατοφάγοι" αποτέλεσαν το 36% ενώ οι "χορτοφάγοι" το 22%. Όσοι διατηρούσαν μια σχέση κατάσταση στη διατροφή τους για διαφόρους λόγους (κυρίως επί σακχαρώδους διαβήτη, επί προηγμένου εμφράγματος ή επί έλκος στομάχου) αποτέλεσαν το 42%. Σχήμα 6.

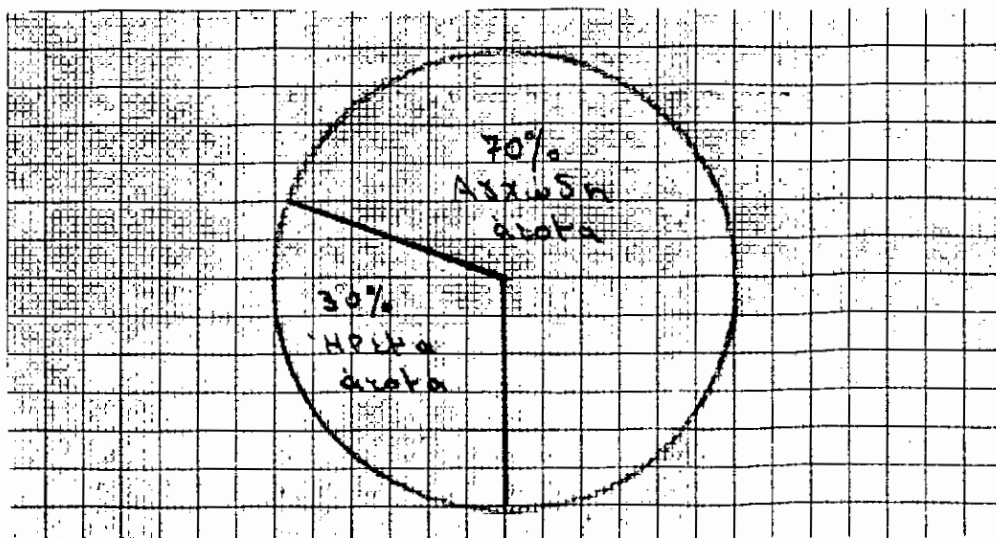


Σχετικά με το επάγγελμα που ασχολήθηκαν ή συνεχίζουν να ασχολούνται παρατηρήθηκε ότι το 40% τελούσε χειρωνακτική εργασία και το 34% πνευματική - καθιστική. Όσοι συνδύασαν και τα δύο χαρακτηριστικά (της πνευματικής και της χειρωνακτικής εργασίας) αποτέλεσαν μόνο το 9%. Το υπόλοιπο 17% ανήκει στις νοικοκυρές, οι οποίες αποτελούν ξεχωριστό στοιχείο, γιατί δεν μπορούν να τοποθετηθούν στο ένα ή το άλλο είδος εργασίας.

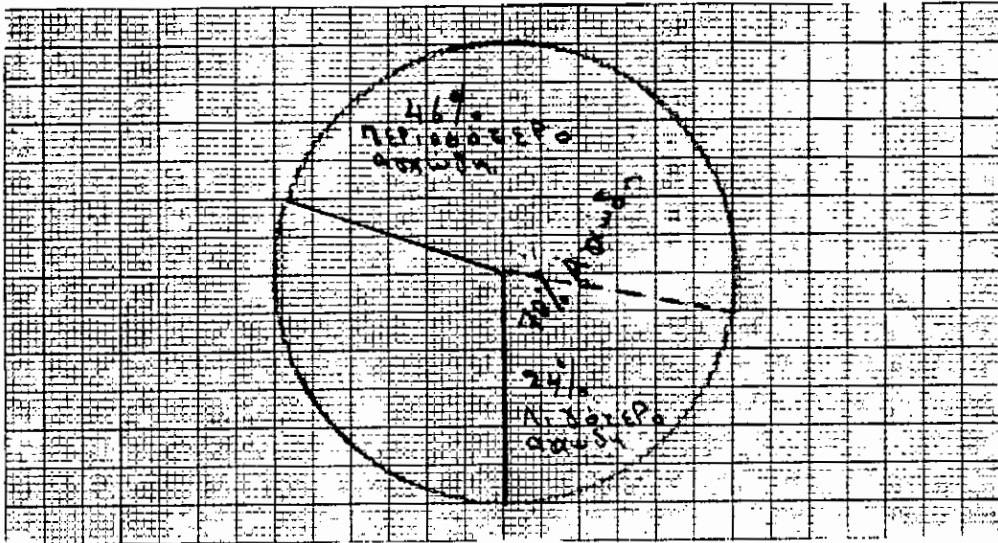
Σχήμα 7.



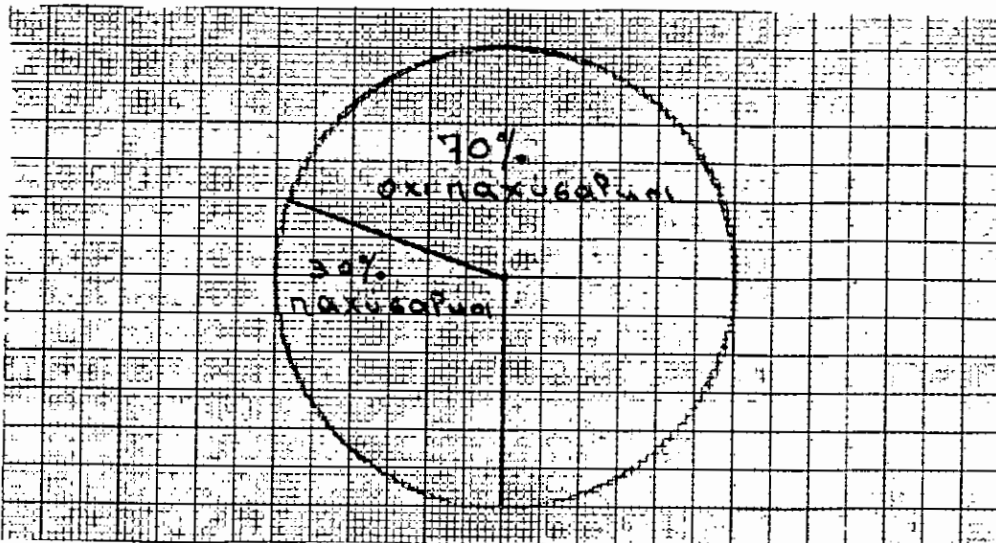
Μία ακόμα σημαντική παρατήρηση ήταν η σχετική με το άγχος. Το 70% των ασθενών ήσαν πάντα αγχώδη και νευρικά άτομα, ενώ το 30% ήσαν πιο ήρεμα. Σχήμα 8.



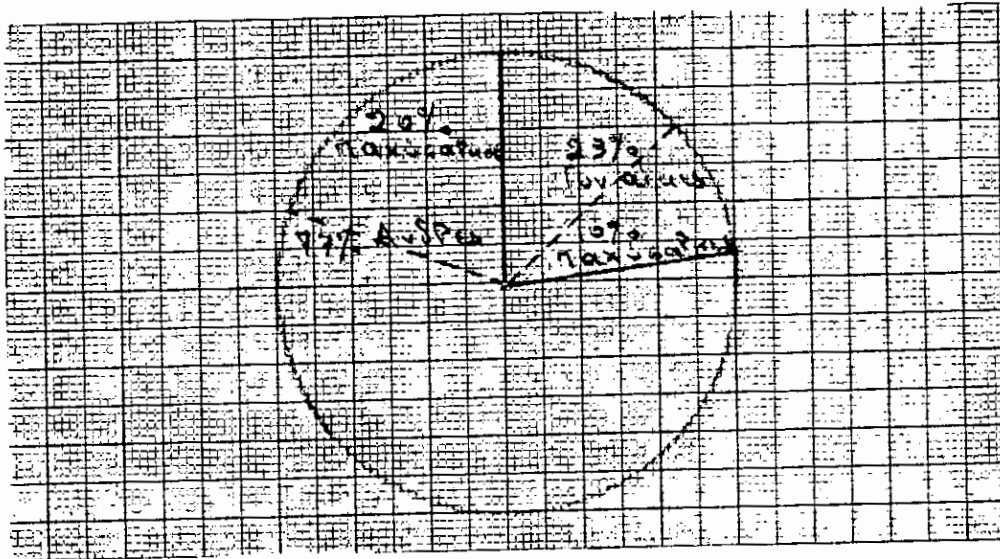
Απ' το 70% των ατόμων με άγχος το 46% ήταν πολύ και το 24% λιγότερο αγχώδη. Σχήμα 9.



Αναφορικά με την παχυσαρκία το 30% των ασθενών ήσαν παχύσαρκία το 70% σε κανονικά κιλά ή αδύνατον. Σχήμα 10,



από τα παχύσαρκα άτομα οι γυναίκες ήταν 10 στις 23 και οι άνδρες 20 στους 77. Σχήμα 11.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Συμπεράσματα

Είναι φανερό λοιπόν ότι οι προδιαθεσικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση της στεφανιαίας νόσου.

Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι το κάπνισμα είναι πολύ βλαπτικός παράγοντας για την καρδιά εφόσον μόνον ένα 12% ανήκε στους μη καπνιστές. Το ίδιο ισχύει και για την πολύ μεγάλη κατανάλωση ζωικών λευκωμάτων.

Σχετικά με το επάγγελμα αποδείχθηκε ότι ούτε η καθιστική εργασία αλλά ούτε και η πολύ κίνηση είναι καλή για την υγεία των εργαζομένων. Ο συνδυασμός αυτών των δύο καταστάσεων η μικτή εργασία είναι η ιδανική για την καλύτερη λειτουργία της καρδιάς. Επίσης τα περισσότερα άτομα της έρευνας ανήκαν σε μειωμένο μορφωτικό επίπεδο και μόνο το 26% ήσαν άτομα με ανώτερη ή ανώτατη μόρφωση. Ερχεται όμως το άγχος που βασανίζει τους ανθρώπους στην πλειοψηφία τους. Παρατηρήθηκε κατά τη διάρκεια της έρευνας ότι οι πιο μορφωμένοι ήσαν ως επί το πλείστον εκείνοι οι οποίοι ήσαν πολύ αγχώδεις και νευρικοί στη ζωή τους. Και το άγχος λοιπόν είναι ένας παράγοντας κινδύνου που παίζει σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση της στεφανιαίας νόσου.

Τα παχύσαρκα άτομα της έρευνας αποτέλεσαν ένα μικρό ποσοστό 30%, που δεν παύει όμως να είναι αξιολογήσιμο. Παρατηρήθηκε μάλιστα ότι οι γυναίκες τείνουν για παχυσαρκία στη μέση ηλικία περισσότερο απ' τους άνδρες. Από το 70% των μη παχύσαρκων ατόμων ήσαν αρκετοί εκείνοι οι οποίοι είσαν πράγματι παχύσαρκοι πριν αναγκαστούν να υποβληθούν σε δίαιτα πριν από μερικά χρόνια, εξαιτίας εμφάνισης συμπτωμάτων στεφανιαίας νόσου, σακχαρώδους διαβήτη ή άλλων καταστάσεων.

Τέλος έγινε φανερό για μια ακόμα φορά ότι οι άνδρες τις περισσότερες πιθανότητες να νοσήσουν από στεφανιαία καρδιοπάθεια παρά οι γυναίκες, εφόσον άλλωστε το 77% των ατόμων της έρευνας ήταν άνδρες και το 23% γυναίκες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Προτάσεις

Είναι σημαντικό και σκόπιμο να τονιστεί και πάλι η μεγάλη σημασία που έχει η πρόληψη στη στεφανιαία νόσο. Πρώτοι οι νοσηλευτές/τριες πρέπει να εφαρμόσουν και να επιβάλλουν τα μέτρα πρόληψης στους ίδιους τους εαυτούς κι έπειτα να προσπαθήσουν να τα μεταδώσουν και στους άλλους. Είναι αδύνατο μία νοσηλεύτρια φανατική καπνίστρια να καταφέρει να εξηγήσει και να πείσει κάποιον για τη βλαπτική επίδραση του καπνίσματος και για την αναγκαιότητα να μη γίνει συνήθεια και εξάρτηση.

Είναι σημαντικό λοιπόν να τονίσει ο νοσηλευτής/τρια σ' όλους τους ανθρώπους του περιβάλλοντός τους να καταφέρουν να ελέγχουν όλους τους παράγοντες που είναι επικίνδυνοι για τη σωστή λειτουργία της καρδιάς. Θα πρέπει να τους συμβουλεύουν να ελέγχουν πάντα τα λιπίδια του αίματος (τριγλυκερίδια κ.λπ) καθώς και την αρτηριακή πίεση για να είναι ενήμεροι και προετοιμασμένοι για κάθε περίπτωση καθώς και για να αντιμετωπίσουν οτιδήποτε ανώμαλο ή παθολογικό και να προσέξουν να μην το επιβαρύνουν.

Ο έλεγχος επίσης του σακχαρώδη διαβήτη πρέπει να γίνεται συχνά, η διατροφή να έχει πάντα ένα μέτρο και η παχυσαρκία να αντιμετωπιστεί δραστικά όταν υπάρχει. Η κίνηση και η άσκηση επίσης είναι απαραίτητα στοιχεία μέσα στην καθημερινότητα και καλό θα ήταν να συμβουλεύονται τα άτομα που το επάγγελμά τους επιβάλλει να κάνουν καθιστική ζωή να βρουν άλλους τρόπους για να βάλουν λίγη κίνηση στο πρόγραμμά τους.

Δε θα πρέπει να σταματήσουν και οι συμβουλές για την προσοχή στη χρήση των αντισυληπτικών προπάντων σε σχέση με το κάπνισμα. Διαρκής πρέπει να είναι αυτός ο αγώνας κατά του καπνίσματος για τί είναι μάλιστα της εποχής μας.

Οι συμβουλές τέλος σχετικά με το άγχος είναι απ'τα δυσκολότερα έργα της νοσηλεύτριας/τή που πρέπει να έχει μεγάλη ψυχική δύναμη για να κατορθώσει έστω να μειώσει το καταδυναστευτικό αυτό αίσθημα που κυριεύει τον άνθρωπο χωρίς τη θέλησή του.

Αν όλοι προσπαθήσουμε και κατορθώσουμε να εφαρμόσουμε και να κάνουμε να γίνουν πραγματικότητα όλες οι παραπάνω προτάσεις, ίσως καταφέρουμε να μειωθεί έστω και μεμονωμένα η συχνότητα εκδήλωσης της στεφανιαίας νόσου και γιατί όχι και η θνητότητα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. J. WILLIS HURST, M.D.: "Η καρδιά". Ιατρικές εκδόσεις Μαχάων. ΑΘΗΝΑ 1978.
2. ΜΠΟΥΝΤΟΥΛΑΣ ΧΑΡ. - ΓΚΕΛΕΡΗΣ ΠΑΡ.: "Στεφανιαία νόσος". UNIVERSITY STUDIO PRESS - ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1985.
3. ΣΑΧΙΝΗ ANNA - ΚΑΡΔΑΚΗ, ΜΑΡΙΑ ΠΑΝΟΥ: "Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική". Τόμος 2ος. Μέρος Α'. Εκδόσεις: ΒΗΤΑ. ΑΘΗΝΑ 1985.
4. SOKOLOW M., MCLLROY M.B.: "Κλινική καρδιολογία". ΑΘΗΝΑ 1985.
5. ΤΟΥΤΟΥΖΑΣ ΠΑΥΛΟΣ: "Θεραπεία της στεφανιαίας νόσου". Επιστημονικές εκδόσεις: Γρηγόριος Παριζιάνος. ΑΘΗΝΑ 1986.
6. ΤΟΥΤΟΥΖΑΣ ΠΑΥΛΟΣ: "Καρδιολογία". Επιστημονικές εκδόσεις: Γρηγόριος Παριζιάνος. ΑΘΗΝΑ 1987.
7. ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΤΩΝΙΑ - ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ: "Προληπτική Ιατρική". Επιστημονικές εκδόσεις: Γρηγόριος Παριζιάνος. ΑΘΗΝΑ 1986.

Περιοδικά:

1. Ενημερωτικό Δελτίο: "Λιπίδια, Εξελίξεις και Προοπτικές".
Τεύχος 2. ΑΘΗΝΑ 1988.
2. WILLIAM B., KANNEL M.D.: "American Heart Journal".
Volume 114. Number 1. Part 2. Boston Mass.
July 1987.
3. WILLIAM P. BLOCKER. "Rehabilitation after myocardial
infraction". "Cardiovascular Problems in every-
day Practice". Editional Assistant: G.F.B.
Birdwood, 1986.

