

Οι νεώτερες Εύρωπαϊκές Όδηγίες για την πρόληψη τών καρδιαγγειακών νοσημάτων

Γεώργιος Γκουμάς, Άν. Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Εύρωκλινική Αθηνών

Πρόσφατα δημοσιεύθηκαν, στο ιατρικό περιοδικό European Heart Journal, οι νεώτερες οδηγίες της Εύρωπαϊκής Καρδιολογικής Έταιρείας για την πρόληψη τών καρδιαγγειακών παθήσεων. Έδω περιλαμβάνονται σαφείς οδηγίες αποτελεσματικής αντιμετώπισης τών παραγόντων κινδύνου για άθηρωμάτωση. Στόχοι τών προτεινομένων παρεμβάσεων είναι ή αύξημένη χοληστερόλη, ή αρτηριακή υπέρταση, τò κάπνισμα, ó σακχαρώδης διαβήτης, ή έλληψη σωματικής δραστηριότητας, ή κακή διατροφή και ή παχυσαρκία.

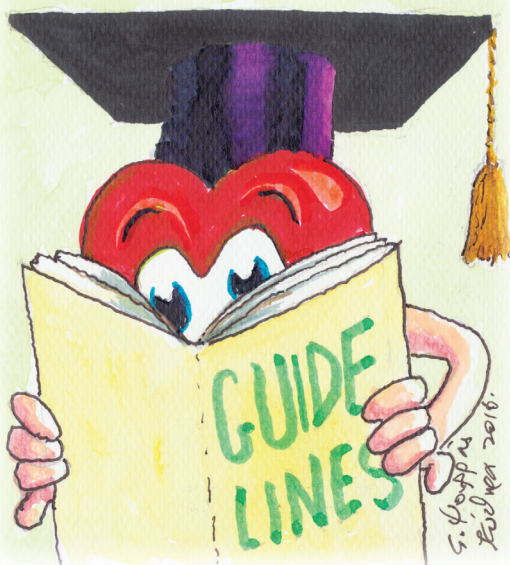
Δέν υπάρχει άμφιβολία ότι τά αύξημένα επίπεδα της κακής LDL-χοληστερόλης στο αίμα συνδέονται αιτιολογικά με τή δημιουργία της άθηρωματικής πλάκας, πού άποφράσσει τες άρτηρίες μας. Η άπόφραξη μιás άρτηρίας στην καρδιά συχνά προκαλεί έμφραγμα, ένω ή άπόφραξη μιás αντίστοιχης στον έγκεφαλο έγκεφαλικό έπεισόδιο. Η μείωση της κακής LDL-χοληστερόλης μειώνει τήν πιθανότητα νά γίνει ένα καρδιαγγειακό έπεισόδιο. Όλοι πρέπει νά

προσαρμόσουμε έτσι τή διαίτá μας, ώστε νά περιέχει λιγότερα κορεσμένα λιπαρά και νά υίοθετήσουμε υγιεινοδιαιτητικές συνήθειες, πού εύνουσν τή μείωση της κακής χοληστερόλης. Κάποιοι όμως άπό έμάς θά πρέπει νά λάβουν και φάρμακο προκειμένου νά πετύχουν τούς έπιθυμητούς χαμηλούς στόχους LDL-χοληστερόλης. Όσο μεγαλύτερος είναι ó καρδιαγγειακός κίνδυνος, τόσο πιο χαμηλοί είναι αυτοί οι στόχοι. Έτσι στα πρόσωπα με πολύ ύψηλό κίνδυνο, ó στόχος της κακής LDL-χοληστερόλης είναι νά μειωθεί κάτω άπό τά 70 mg/dl. Πολύ ύψηλό κίνδυνο παρουσιάζουν αυτοί πού έχουν ήδη γνωστή καρδιαγγειακή νόσο, οι πάσχοντες άπό σακχαρώδη διαβήτη πού έχουν έναν επιπλέον παράγοντα κινδύνου, οι πάσχοντες άπό σοβαρή χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και αυτοί πού, με βάση τούς παράγοντες κινδύνου πού έχουν, αντιμετωπίζουν κίνδυνο καρδιαγγειακού θανάτου πάνω

άπό 10% μέσα στα έπόμενα 10 χρόνια. Στα πρόσωπα με ύψηλό κίνδυνο, ó στόχος της κακής LDL-χοληστερόλης είναι νά μειωθεί κάτω άπό τά 100 mg/dl. Ύψηλό κίνδυνο έχουν τά πρόσωπα με ιδιαίτερα αύξημένα τά επίπεδα μεμονωμένων παραγόντων κινδύνου, όπως για παράδειγμα

οίκογενή υπερχοληστερολαιμία με τιμές χοληστερόλης πάνω άπό 310 mg/dl ή άρτηριακή υπέρταση με τιμές πάνω άπό 180 mmHg συστολική και πάνω άπό 110 mmHg διαστολική. Έπίσης οι πάσχοντες άπό σακχαρώδη διαβήτη πού δέν έχουν κάποιο άλλον παράγοντα κινδύνου, οι άσθενείς με μετρίου βαθμού χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και αυτοί πού, με βάση τούς παράγοντες κινδύνου πού έχουν, αντιμετωπίζουν κίνδυνο καρδιαγγειακού θανάτου άπό 5-10% μέσα στα έπόμενα 10 χρόνια. Στους υπόλοιπους άσθενείς πού λαμβάνουν ύπολιπιδαιμική άγωγή ó στόχος της κακής LDL-χοληστερόλης είναι νά μειωθεί κάτω άπό τά 115 mg/dl.

Τά στοιχεία, πού συνδέουν τήν άρτηριακή υπέρταση με τες περισσότερες καρδιαγγειακές παθήσεις, είναι επίσης άκλόνητα. Η άρτηριακή υπέρταση άποτελεί βασικό παράγοντα κινδύνου για στεφανιαία νόσο, καρδιακή ανεπάρκεια, άγγειακά έγκεφαλικά έπεισόδια, περιφερική άποφρακτική άγγειοπάθεια, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και κολπική μαρμαρυγή. Η άπόφαση για τήν έναρξη φαρμακευτικής άγωγής εξαρτάται άπό τά επίπεδα της άρτηριακής πίεσης και τò συνολικό καρδιαγγειακό κίνδυνο. Τò όφελος άπό τή θεραπεία δέν εξαρτάται άπό τò είδος τού φαρμάκου, αλλά άπό τή μείωση της πίεσης αυτής καθ' έαυτήν. Στους περισσότερους υπέρτασικούς άσθενείς είναι αναγκαία ή χορήγηση συνδυασμού αντιυπερτασικών φαρμάκων, προκειμένου νά ελεχθεί ή άρτηριακή υπέρταση. Σε όλα βέβαια τά πρόσωπα πού έχουν πρόβλημα υπέρτασης, αλλά και σε αυτούς πού έχουν φυσιολογικές - όριακές



τιμές αρτηριακής πίεσης, θα πρέπει να συστήνονται υγιεινοδιαιτητικές παρεμβάσεις: έλεγχος του σωματικού βάρους, αύξημένη σωματική δραστηριότητα, μείωση της κατανάλωσης αλκοόλης, μείωση της πρόσληψης άλατος, αύξημένη κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και χαμηλών σε λιπαρά γαλακτοκομικών. Οί υπέρτασικοί, με πίεση πάνω από 180/110 mmHg, πρέπει να λαμβάνουν αντιυπερτασική άγωγή ανεξάρτητα του συνολικού τους καρδιαγγειακού κινδύνου. Το ίδιο ισχύει και για αυτούς με πίεση πάνω από 140/90 mmHg, εάν έχουν και άλλους παράγοντες υψηλού κινδύνου. Στους υπέρτασικούς με υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο ή φαρμακευτική θεραπεία θα πρέπει να εξετάζεται σαν επιλογή, όταν η πίεση είναι πάνω από 140/90 mmHg, ενώ σε αυτούς με χαμηλό προς μέτριο κίνδυνο πρέπει να προηγούνται οι άναφερθείσες υγιεινοδιαιτητικές παρεμβάσεις και η φαρμακευτική θεραπεία να εξετάζεται μόνο σε αυτούς στους οποίους δεν θα μειωθεί άποτελεσματικά η πίεση. Ο στόχος είναι κάτω από 140/90 mmHg σε όλους τους θεραπευόμενους υπέρτασικούς ηλικίας άνω των 60 ετών. Στα πρόσωπα άνω των 60 ετών, που πριν τη θεραπεία ή συστολική τους πίεση είναι πάνω από 160 mmHg, στοχεύουμε τιμές ανάμεσα στα 140 και 150 mmHg, ενώ στα πρόσωπα άνω των 80 ετών, ο στόχος είναι ίδιος μόνο εάν είναι σε καλή φυσική και νοητική κατάσταση. Γενικά, στους εϋθραυστους ηλικιωμένους ή αντιυπερτασική άγωγή πρέπει να χορηγείται με προσοχή και ως προς τον αριθμό των φαρμάκων και ως προς τον στόχο της πίεσης. Αυτά επειδή οι φαρμακευτικές παρενέργειες είναι συχνότερες και η άπότομη πώωση της πίεσης μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές επιπλοκές, π.χ. επεισόδια άπώλειας συνειδήσεως και τραυματισμών.

Όσο σημαντική όμως και να είναι η αντιμετώπιση της αύξημένης χοληστερόλης και της αρτηριακής υπέρτασης, δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η πιο άποτελεσματική, σε σχέση με το κόστος της, παρέμβαση για τη μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου είναι η **διακοπή του καπνίσματος**. Υπάρχουν σημαντικές άποδείξεις από μελέτες για την άξία της συμβουλευτικής παρέμβασης, της θεραπείας με άποκατάστα νικοτίνης, της βουπροπιόνης, της βαρενικλίνης και συνδυασμού των παραπάνω. Τα ηλεκτρονικά τσιγάρα μπορεί να βοηθήσουν στη διακοπή του καπνίσματος, αλλά θα πρέπει να κυκλοφορούν με τους ίδιους έμπορικούς περιορισμούς που άφορούν και τα τσιγάρα. Το παθητικό κάπνισμα αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο καί, επομένως, υπάρχει άναγκη να προστατευτούν από αυτό οί μη καπνιστές.

Οί άσθενείς με σακχαρώδη διαβήτη έχουν αύξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο και πρέπει να υποβάλλονται σε επιθετική αντιμετώπιση όλων των παραγόντων κινδύνου.

Η συστολική τους πίεση πρέπει να είναι χαμηλότερη από 140 mmHg και σε κάποιους επιλεγμένους άσθενείς χαμηλότερη κι από 130 mmHg, άφου αυτό μειώνει άκομη περισσότερο τον κίνδυνο άγγειακού έγκεφαλικού, άμφιβληστροειδοπάθειας και λευκωματουρίας, δηλαδή νεφρικής βλάβης. Άντίστοιχα, επιθετική πρέπει να είναι και η μείωση της χοληστερόλης. Όλοι οί διαβητικοί άνω των 40 ετών και επιλεγμένοι νεώτεροι με υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο συνιστάται να λάβουν ύπολιπιδαιμική άγωγή με στατίνες. Η επιθετική αντιμετώπιση του αύξημένου σακχάρου με ίνσουλίνη και αντιδιαβητικά δισκία μειώνει περισσότερο τον κίνδυνο άμφιβληστροειδοπάθειας και λευκωματουρίας και λιγότερο τον καρδιαγγειακό κίνδυνο. Οί θεραπευτικοί στόχοι της ρύθμισης του σακχάρου και της γλυκοζυλιωμένης αίμοσφαιρίνης πρέπει να είναι πιο έλαστικοί στους εϋθραυστους και ηλικιωμένους διαβητικούς, καθώς και σε αυτούς που έχουν ήδη εκδηλωμένη καρδιαγγειακή νόσο ή πάσχουν εδώ και πολλά χρόνια από το σακχαρώδη διαβήτη. Η συνεχιζόμενη αύξηση της επίπτωσης του σακχαρώδη διαβήτη στην εποχή μας άποτελεί σημαντική πρόκληση για κάθε σύστημα υγείας παγκοσμίως και θα πρέπει να αντιμετωπιστεί άποτελεσματικά. Οί υγιεινοδιαιτητικές παρεμβάσεις με μείωση του σωματικού βάρους, αύξηση της σωματικής δραστηριότητας και βελτίωση των διατροφικών συνθηκών παίζουν κυρίαρχο ρόλο τόσο στην πρόληψη όσο και στη θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη.

Είναι φανερό από όλα τα παραπάνω, ότι η σωστή διατροφή παίζει βασικό ρόλο στην αντιμετώπιση όλων των παραγόντων κινδύνου για καρδιαγγειακές νόσους, αλλά και στην πρόληψη πολλών άλλων χρόνιων παθήσεων, όπως για παράδειγμα του καρκίνου. Η καθημερινή πρόσληψη τροφής πρέπει να περιορίζεται στο ποσό των θερμίδων που είναι άπαραίτητες, ώστε να διατηρούμε το σωστό για την υγεία μας σωματικό βάρος με δείκτη μάζας σώματος (BMI) μεταξύ 20 και 25 kg/m². Και βέβαια είναι σημαντικό να γνωρίζει κανείς ότι όταν άκολουθεί τους κανόνες υγιεινής διαίτας, δε χρειάζεται να λαμβάνει συμπληρώματα διατροφής. Η υγιεινή διαίτα χαρακτηρίζεται από: χαμηλή πρόσληψη κορεσμένων λιπαρών και σχεδόν καθόλου πρόσληψη trans άκορεστων λιπαρών όξέων από έπεξεργασμένες τροφές, προτίμηση πρόσληψης λίπους με τη μορφή πολυάκορεστων λιπαρών όξέων, λιγότερο από 5 γραμμάρια άλάτι την ημέρα, τουλάχιστον 30-45 γραμμάρια φυτικών ίνών κατά προτίμηση από προϊόντα όλικής άλέσεως, παραπάνω από 200 γραμμάρια φρούτων κι άλλα τόσα λαχανικών την ημέρα, δυο φορές ψάρι την εβδομάδα, 30 γραμμάρια άνάλατων ξηρών καρπών την ημέρα, και άποφυγή των αλκοολούχων και των άναψυκτικών ποτών που έχουν ζάχαρη. ©