

ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ [ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ]

ΚΥΡΙΑΖΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ *M.D., Ph.D., FNSCOPE*

Παθολόγος - Διαβητολόγος

Διευθυντής Ε.Σ.Υ

Α΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας

ioanniskyriazis@yahoo.gr

Παράγοντες κινδύνου

Η πλειοψηφία των καρδιαγγειακών νοσημάτων (ΚΑΝ) προκαλείται από παράγοντες κινδύνου που μπορούν να ελεγχθούν, να θεραπευθούν ή να τροποποιηθούν, όπως η υψηλή αρτηριακή πίεση, η χοληστερόλη, το υπερβολικό βάρος / παχυσαρκία, το κάπνισμα, η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας και ο διαβήτης. Ωστόσο, υπάρχουν επίσης και μερικοί σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα, που δεν μπορούν να ελεγχθούν:

Ηλικία, Φύλο, Οικογενειακό ιστορικό

Από την άποψη των θανάτων, ο κύριος παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα είναι:

- Η αυξημένη αρτηριακή πίεση (στην οποία αποδίδεται το 13% των παγκόσμιων θανάτων), ακολουθούμενη από το κάπνισμα (9%),
- Ο σακχαρώδης διαβήτης (6%),
- Η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας (6 %)
- Το υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία (5%).

Τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου:

Η υπέρταση (υψηλή αρτηριακή πίεση)

Υψηλή αρτηριακή πίεση ορίζεται ως επανειλημμένως αυξημένη συστολική πίεση πάνω από 140 mmHg ή διαστολική πίεση 90 mmHg ή υψηλότερη.

- Παγκοσμίως, σχεδόν ένα δισεκατομμύριο άνθρωποι πάσχουν από υπέρταση. Από αυτούς, τα δύο τρίτα βρίσκονται σε αναπτυσσόμενες χώρες.
- Η υπέρταση είναι μία από τις πιο σημαντικές αιτίες πρόωρου θανάτου παγκοσμίως και το πρόβλημα μεγαλώνει συνεχώς. Το 2025, εκτιμάται ότι περίπου 1,56 δις. ενήλικες θα πρέπει να ζουν με υπέρταση.
- Η υπέρταση είναι "σιωπηλός δολοφόνος", διότι συχνά δεν έχει προειδοποιητικά σημάδια ή συμπτώματα, και πολλοί άνθρωποι δεν συνειδητοποιούν ότι νοσούν, γι 'αυτό είναι σημαντικό να ελέγχεται τακτικά η αρτηριακή πίεση.

Το κάπνισμα

- Το κάπνισμα εκτιμάται ότι προκαλεί περίπου το 10 % του συνόλου των ΚΑΝ.
- Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρδιαγγειακής νόσου είναι υψηλότερος σε γυναίκες καπνίστριες, νέους άνδρες, και βαρείς καπνιστές.
- Υπάρχουν επί του παρόντος περίπου 1 δισεκατομμύριο καπνιστές στον κόσμο.
- Εντός δύο ετών από τη διακοπή, ο κίνδυνος στεφανιαίας νόσου μειώνεται σημαντικά, και μέσα σε 15 χρόνια ο κίνδυνος καρδιαγγειακής νόσου επιστρέφει σε εκείνον ενός μη καπνιστή.

Αυξημένα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα (διαβήτης)

Για την κλινική διάγνωση του σακχαρώδους διαβήτη ισχύουν τα εξής κριτήρια:

- Συμπτώματα διαβήτη, δηλαδή πολυουρία, πολυδιψία, απώλεια βάρους
- Τυχαιά γλυκόζη πλάσματος > 200mg%

-Γλυκόζη πλάσματος μετά από νηστεία τουλάχιστον 8 ωρών >126mg%

-Γλυκόζη πλάσματος 2 ώρες μετά τη χορήγηση 75g γλυκόζης >200mg%

- Το 2008, ο διαβήτης ήταν υπεύθυνος για 1,3 εκατομμύρια θανάτους παγκοσμίως.
- Το 2008, η παγκόσμια επικράτηση του διαβήτη υπολογίζεται να είναι 10%.
- Η ΚΑΝ αντιπροσωπεύει περίπου το 60 % του συνόλου της θνησιμότητας σε άτομα με διαβήτη.
- Ο κίνδυνος των καρδιαγγειακών επεισοδίων είναι από 2 έως 3 φορές υψηλότερος σε άτομα με διαβήτη τύπου 1 ή τύπου 2 και ο κίνδυνος είναι δυσανάλογα υψηλότερος στις γυναίκες.
- Σε ορισμένες ηλικιακές ομάδες, τα άτομα με διαβήτη έχουν διπλάσια αύξηση του κινδύνου αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου.
- Οι ασθενείς με διαβήτη έχουν χειρότερη πρόγνωση μετά από καρδιαγγειακά συμβάματα σε σύγκριση με άτομα χωρίς διαβήτη.
- Ο καρδιαγγειακός κίνδυνος αυξάνεται όταν οι τιμές σακχάρου παραμένουν σε υψηλά επίπεδα [*αρρύθμιστος διαβήτης*] και οι ασθενείς αυτοί, καταλήγουν σύντομα με σοβαρές επιπλοκές, όπως καρδιακές προσβολές, εγκεφαλικά επεισόδια, νεφρική ανεπάρκεια, ακρωτηριασμούς και τύφλωση.
- Η πρόσβαση σε πρωτοβάθμια φροντίδα και σε εξειδικευμένα ιατρεία - κέντρα διαβήτη, η από νωρίς γλυκαιμική ρύθμιση με σωστή διατροφή, άσκηση και αντιδιαβητικά φάρμακα, συμπεριλαμβανομένης της ινσουλίνης, μπορούν να βελτιώσουν την πορεία της νόσου στα άτομα με διαβήτη.

Η σωματική αδράνεια

- Η ανεπαρκής σωματική δραστηριότητα ορίζεται ως λιγότερο από 30 λεπτά μέτριας δραστηριότητας πέντε φορές την εβδομάδα, ή λιγότερο από τρεις φορές από 20 λεπτά έντονης δραστηριότητας την εβδομάδα.
- Η ανεπαρκής σωματική δραστηριότητα είναι ο τέταρτος κύριος παράγοντας κινδύνου για θνησιμότητα.
- Περίπου 3,2 εκατομμύρια θάνατοι κάθε χρόνο οφείλονται σε ανεπαρκή σωματική δραστηριότητα.
- Οι άνθρωποι που είναι σωματικά δραστήριοι σε ανεπαρκή βαθμό έχουν 20 έως 30% αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας από κάθε αιτία, σε σύγκριση με εκείνους που συμμετέχουν σε τουλάχιστον 30 λεπτά μέτριας έντασης σωματική δραστηριότητα τις περισσότερες ημέρες της εβδομάδας.
- Το 2008, το 31,3% των ενηλίκων ηλικίας 15 ετών και άνω (28,2% άνδρες και 34,4% γυναίκες) δεν ήταν επαρκώς σωματικά δραστήριοι.
- Ο επιπολασμός της ανεπαρκούς σωματικής δραστηριότητας είναι υψηλότερος στις χώρες υψηλού εισοδήματος σε σύγκριση με τις χώρες χαμηλού εισοδήματος, κάτι που οφείλεται στην αύξηση της αυτοματοποίησης των εργασιών και τη χρήση των οχημάτων για τη μεταφορά στις χώρες υψηλού εισοδήματος.
- Οι χώρες υψηλού εισοδήματος διαθέτουν περισσότερο από το διπλάσιο του επιπολασμού της ανεπαρκούς σωματικής δραστηριότητας συγκριτικά με τις χώρες χαμηλού εισοδήματος τόσο για τους άνδρες όσο και τις γυναίκες, με 41% των ανδρών και το 48% των γυναικών να είναι ανεπαρκώς σωματικά δραστήριοι σε χώρες υψηλού εισοδήματος σε σύγκριση με το 18% των ανδρών και το 21% των γυναικών στις χώρες χαμηλού εισοδήματος.

Ανθογεινή διατροφή

- Η υψηλή διαιτητική πρόσληψη κορεσμένων λιπαρών, trans-λιπαρών και άλατος, και η χαμηλή κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και ψαριών συνδέονται με καρδιαγγειακό κίνδυνο.
- Περίπου 1,7 εκατ. (2,8%) των θανάτων σε όλο τον κόσμο οφείλονται σε χαμηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών.
- Η ποσότητα άλατος που καταναλώνεται είναι ένας σημαντικός καθοριστικός παράγοντας των επιπέδων της αρτηριακής πίεσης και του συνολικού καρδιαγγειακού κινδύνου και ο Π.Ο.Υ συνιστά πρόσληψη άλατος μικρότερη από 5 γραμμάρια / άτομο / ημέρα για να βοηθήσει στην πρόληψη της καρδιαγγειακής νόσου.
- Η συχνή κατανάλωση τροφίμων υψηλής ενέργειας, όπως τα επεξεργασμένα τρόφιμα που έχουν

υψηλή περιεκτικότητα σε λίπη και σάκχαρα, προάγει την παχυσαρκία σε σύγκριση με τροφές χαμηλής ενεργειακής κατανάλωσης .

- Υψηλή κατανάλωση κορεσμένων λιπαρών και trans λιπαρών οξέων συνδέεται με καρδιακή νόσο. Η εξάλειψη των trans-λιπαρών και η αντικατάσταση των κορεσμένων με πολυακόρεστα φυτικά έλαια μειώνει τον κίνδυνο στεφανιαίας νόσου.
- Η επαρκής κατανάλωση φρούτων και λαχανικών μειώνει τον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου.
- Η υγιεινή διατροφή μπορεί να συμβάλλει στη διατήρηση υγιούς σωματικού βάρους, του επιθυμητού προφίλ των λιπιδίων και της επιθυμητής αρτηριακής πίεσης.
- Εκτιμάται ότι η μείωση της διαιτητικής πρόσληψης άλατος από τα τρέχοντα παγκόσμια επίπεδα των 9-12 γραμμαρίων / ημέρα στο συνιστώμενο επίπεδο των 5 γραμμαρίων / ημέρα, θα έχει σημαντικές επιπτώσεις στην αρτηριακή πίεση και την καρδιαγγειακή νόσο.

Χοληστερόλη / λιπίδια

- Η αύξηση της χοληστερίνης στο αίμα αυξάνει τον κίνδυνο καρδιακής νόσου και εγκεφαλικού επεισοδίου.
- Συνολικά, το ένα τρίτο της ισχαιμικής καρδιακής νόσου οφείλεται στην υψηλή χοληστερόλη.
- Συνολικά, η αυξημένη χοληστερόλη υπολογίζεται ότι προκαλεί 2,6 εκατομμύρια θανάτους (4,5% του συνόλου) σε παγκόσμιο επίπεδο.
- Το 2008, ο επιπολασμός της αυξημένης ολικής χοληστερόλης μεταξύ των ενηλίκων -που ορίζεται ως ολική χοληστερόλη 240 mg / dl ή υψηλότερη- ήταν 9,7% (8,5% για τους άνδρες και 10,7% για τις γυναίκες).
- Η μείωση της αυξημένης χοληστερόλης στο αίμα μειώνει τον κίνδυνο καρδιοπάθειας.
- Το 2008, ο παγκόσμιος επιπολασμός της αυξημένης ολικής χοληστερόλης μεταξύ των ενηλίκων ήταν 39% (37% για τους άνδρες και 40% για τις γυναίκες).
- Ο επιπολασμός της αυξημένης ολικής χοληστερόλης μεταξύ των ενηλίκων αυξάνει αισθητά ανάλογα με το επίπεδο εισοδήματος της χώρας. Σε χώρες με χαμηλό εισόδημα, περίπου το 25% των ενηλίκων έχουν αυξημένη ολική χοληστερόλη, ενώ σε χώρες υψηλού εισοδήματος, πάνω από το 50% των ενηλίκων έχουν αυξημένη ολική χοληστερόλη.

Το υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία

- Η παχυσαρκία είναι στενά συνδεδεμένη με μείζονες παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου, όπως αυξημένη αρτηριακή πίεση, διαταραχή στη γλυκόζη, διαβήτης τύπου 2 και δυσλιπιδαιμία.
- Παγκοσμίως, τουλάχιστον 2,8 εκατομμύρια άνθρωποι πεθαίνουν κάθε χρόνο ως αποτέλεσμα του υπερβολικού σωματικού βάρους ή της παχυσαρκίας.
- Το 2008, το 34% των ενηλίκων άνω των 20 ετών ήταν υπέρβαροι, με χρήση του δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ, μέτρηση του βάρους προς το τετράγωνο του ύψους).
- Το 2008, το 9,8% των ανδρών και το 13,8% των γυναικών ήταν παχύσαρκοι (με Δείκτη Μάζας Σώματος μεγαλύτερο ή ίσο του 30 kg/m²), σε σύγκριση με το 4,8% για τους άνδρες και 7,9% για τις γυναίκες το 1980.
- Για την επίτευξη της βέλτιστης υγείας, ο μέσος ΔΜΣ για πληθυσμούς ενηλίκων θα πρέπει να είναι μεταξύ 21-23 kg/m², ενώ ο ατομικός στόχος θα πρέπει να είναι μεταξύ 18,5 και 24,9 kg/m².
- Ο επιπολασμός του αυξημένου ΔΜΣ αυξάνει με το επίπεδο του εισοδήματος των χωρών, μέχρι τα επίπεδα ανώτερου μεσαίου εισοδήματος. Ο επιπολασμός των υπέρβαρων σε υψηλού εισοδήματος και ανώτερου μεσαίου εισοδήματος χώρες, ήταν περισσότερος από το διπλάσιο από εκείνο των χωρών χαμηλού και χαμηλότερου μεσαίου εισοδήματος.
- Για την παχυσαρκία, η διαφορά είναι περισσότερο από τριπλάσια, από το 7% της παχυσαρκίας τόσο για τους άνδρες όσο και τις γυναίκες σε χώρες κατώτερου μεσαίου εισοδήματος στο 24% σε χώρες ανώτερου μεσαίου εισοδήματος.

Μη τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου

Εκτός από τους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου, υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες που δεν μπορούν να αλλάξουν. Ωστόσο, οι άνθρωποι σε αυτές τις κατηγορίες υψηλού κινδύνου θα πρέπει να κάνουν τακτικά check-up.

Ηλικία

- Ο κίνδυνος ΚΑΝ γίνεται όλο και συχνότερα κοινός με την πάροδο της ηλικίας. Καθώς ένα άτομο μεγαλώνει, η καρδιά υποβάλλεται σε λεπτές φυσιολογικές αλλαγές, ακόμη και απουσία ασθένειας.
- Ο καρδιακός μυς μιας καρδιάς μεγαλύτερης ηλικίας χαλαρώνει λιγότερο ανάμεσα στους χτύπους, και ως αποτέλεσμα, οι θάλαμοι άντλησης γίνονται πιο σκληροί και μπορεί να λειτουργούν λιγότερο αποτελεσματικά.
- Όταν μια κατάσταση όπως η ΚΑΝ επηρεάζει την καρδιά, οι αλλαγές που σχετίζονται με την ηλικία μπορεί να περιπλέξουν το πρόβλημα ή τη θεραπεία του.

Φύλο

- Ένας άνδρας βρίσκεται σε μεγαλύτερο κίνδυνο καρδιακής νόσου από ότι μια γυναίκα πριν την εμμηνόπαυση. Μόλις περάσει την εμμηνόπαυση, ο κίνδυνος μιας γυναίκας είναι παρόμοιος με του άνδρα. Ο κίνδυνος εγκεφαλικού επεισοδίου, ωστόσο, είναι παρόμοιος για τους άνδρες και τις γυναίκες.

Οικογενειακό ιστορικό

- Το ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου μιας οικογένειας αντανακλά τον κίνδυνο ενός ατόμου. Αν ενός πρώτου βαθμού αίματος συγγενής είχε στεφανιαία νόσο ή παρουσίασε αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο πριν την ηλικία των 55 ετών (για άρρενα συγγενή) ή 65 ετών (για μια γυναίκα συγγενή), ο κίνδυνος αυξάνεται.