



Σεξουαλική Δραστηριότητα και Καρδιά

Απόστολος Ν. Ευθυμιάδης,

Ομότιμος Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ

Ιωάννης Α. Ευθυμιάδης

Καρδιολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ. Μετεκπαιδευτής στο Νοσοκομείο Hammersmith Λονδίνου

Σοφία Κ. Παυλίδου

Ειδικευόμενη στην Παθολογία. Νοσοκομείο Αγ. Δημήτριος Θεσσαλονίκης

Συνουσία ή σεξ (sex) ονομάζεται η ερωτική πράξη μεταξύ ανθρώπων ή ειδών του ζωικού βασιλείου.

Πρωταρχικός σκοπός της συνουσίας είναι η αναπαραγωγή για τη συνέχιση του είδους, ενώ μεταξύ των ανθρώπων γίνεται και για ευχαρίστηση¹⁻⁴.

Το σεξ αποτελεί το απαραίτητο μέσο για τη διαιώνιση του είδους, αλλά και μια ανθρώπινη ανάγκη, πηγή απόλαυσης και ευχαρίστησης.

ΚΥΡΙΟΤΕΡΑ ΑΙΤΙΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ¹⁻⁷

Ψυχολογικά:

- Ψυχικές νόσοι π.χ. κατάθλιψη.

- Stress της καθημερινότητας.
- Φόβος για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα ή για πιθανή ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.
- Παλαιότερες τραυματικές εμπειρίες.

Οργανικά αίτια:

- Σακχαρώδης διαβήτης, καρδιαγγειακές παθήσεις και αθηροσκλήρωση, νεφρική ανεπάρκεια, νόσοι του ΚΝΣ, καρκίνος, τραυματισμοί, ανατομικές ανωμαλίες.
- Ορμονικές διαταραχές από παθήσεις των όρχεων ή των ωοθηκών, δυσλειτουργία του υποθαλάμου και της υπόφυσης, υποθυρεοειδισμός.
- Φάρμακα του καρδιαγγειακού (διουρητικά, β-αναστολείς) κατάχρηση αλκοόλ, ναρκωτικές ουσίες.

Σεξ και τσιγάρο⁵⁻⁸

Άνδρες που καπνίζουν μέχρι 20 τσιγάρα ημερησίως έχουν 24% περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν σεξουαλικές διαταραχές, ενώ το ποσοστό μπορεί να φθάσει το 39%, όταν το άτομο καπνίζει >20 τσιγάρα.

Το τσιγάρο «σκοτώνει» τον έρωτα.

- Επηρεάζει τη στυτική λειτουργία λόγω της αθηροσκλήρωσης των αγγείων.
- Εμποδίζει τη δράση του νιτρικού οξειδίου, που ενεργεί αγγειοδιασταλτικά.
- Μειώνει τη γονιμότητα λόγω της αρνητικής επίδρασης των τοξικών ουσιών του καπνού στην ποιότητα του σπέρματος.

Σακχαρώδης διαβήτης και sex^{5,7}

Η στυτική δυσλειτουργία παρατηρείται στο 40-50% των ανδρών με σακχαρώδη διαβήτη.

Το φαινόμενο αποδίδεται σε πολλούς παράγοντες:

- Στη νευροπάθεια του αυτόνομου νευρικού συστήματος.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

- Άρθρο Σύνταξης
- Στήλη των Ομάδων Εργασίας
- Ενδιαφέροντα Άρθρα - Σχόλια
- Επιφυλλίδα

- Στην αγγειοπάθεια που μπορεί να αφορά τόσο την προσαγωγό αρτηριακή οδό, όσο και το απαγωγό φλεβικό δίκτυο.
- Στα φάρμακα για την αντιμετώπιση παθολογικών καταστάσεων που συχνά συνυπάρχουν όπως η υπέρταση, η δυσλιπιδαιμία και η στεφανιαία νόσος.
- Σε ψυχολογικούς λόγους, όπως άγχος, φοβίες, κατάθλιψη.

Η παχυσαρκία βλάπτει τη σεξουαλική ζωή⁵⁻⁸

Μεγάλο ποσοστό των παχύσαρκων παρουσιάζουν προβλήματα που σχετίζονται με το sex όπως η μειωμένη διάθεση και η απόλαυση, η μικρή συχνότητα και η διάρκεια.

Η αιτιολογία είναι σύνθετη

- Η παχυσαρκία συνοδεύεται πολύ συχνά από σακχαρώδη διαβήτη, υπέρταση, δυσλιπιδαιμία και καρδιαγγειακές παθήσεις.
- Ψυχολογικοί λόγοι που σχετίζονται με τη μειωμένη αυτοπεποίθηση.
- Μηχανικοί λόγοι εξ' αιτίας του μεγέθους του σώματος.

Σεξουαλική δραστηριότητα ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας⁵⁻¹⁰

Πολλοί άνθρωποι συνεχίζουν να έχουν σεξουαλική ζωή και μετά την ηλικία των 70 ετών.

Σε μελέτη που διεξήχθη στο Ηνωμένο Βασίλειο το 56% των ανδρών και το 43% των γυναικών ηλικίας από 55 έως 64 ετών και αντίστοιχα το 40% των ανδρών και το 23% των γυναικών ηλικίας από 65 έως 76 ετών ήταν σεξουαλικά ενεργό για τουλάχιστον μια φορά τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες.

ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ³⁻¹¹

Ασθενείς χωρίς εμφανή καρδιαγγειακή νόσο αλλά με παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία ανεπάρκεια (καπνιστές, διαβητικοί, υπέρτασικοί, δυσλιπιδαιμικοί κ.α.) παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά σεξουαλικής δυσλειτουργίας από το γενικό πληθυσμό.

Κατά το σεξ εάν η ταχυκαρδία και η αύξηση της πίεσης είναι σημαντικές, τότε είναι δυνατόν να επιβαρυνθεί η καρδιακή λειτουργία, να εμφανισθούν διαφόρων μορφών αρρυθμίες και σε ακραίες περιπτώσεις, μπορεί να εκδηλωθεί οξύ πνευμονικό οίδημα ή έμφραγμα μυοκαρδίου.

Άτομα με φυσιολογική καθημερινή δραστηριότητα που μπορούν να πετύχουν επίπεδα μέτριας άσκησης σε δοκιμασία κόπωσης, χωρίς ενδείξεις ισχαιμίας, έχουν χαμηλό κίνδυνο εμφάνισης καρδιακών προβλημάτων κατά τη διάρκεια σεξουαλικής πράξης με την/τον συνήθη σύντροφο.

Κυριότερα καρδιαγγειακά νοσήματα που μπορούν να επηρεάσουν τη σεξουαλική δραστηριότητα ενός ατόμου³⁻¹¹

Η στεφανιαία νόσος όχι μόνο επηρεάζει τη σεξουαλική λειτουργία, αλλά συνοδεύεται συχνά και από σεξουαλική δυσλειτουργία.

Άλλα καρδιακά νοσήματα που μπορούν να επηρεάσουν τη σεξουαλικότητα είναι η σοβαρή στένωση της αορτικής βαλβίδας, η αποφρακτική μυοκαρδιοπάθεια και οιαδήποτε μορφή σοβαρής καρδιακής ανεπάρκειας.

Είναι προφανές ότι οιαδήποτε σεξουαλική δραστηριότητα αντενδείκνυται κατά τη φάση οξέος εμφράγματος μυοκαρδίου και ασταθούς στηθάγχης.

Οι ασθενείς χωρίς ισχαιμία στη δοκιμασία κόπωσης δεν παρουσίασαν κανένα πρόβλημα κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής πράξης.

Οι άνδρες με στεφανιαία νόσο και γενικά αθηροσκλήρωση παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά στυτικής δυσλειτουργίας.

Η **στυτική δυσλειτουργία** μπορεί να προκληθεί από αθηροσκλήρωση των έσω λαγονίων αρτηριών ή των μικρών αγγείων

που αιματώνουν το πέος, από βλάβη των νεύρων τοπικά όπως συμβαίνει μερικές φορές μετά προστατεκτομή, από ορισμένα φάρμακα και από έλλειψη τεστοστερόνης.

Ελλείψει των ανωτέρω, η στυτική δυσλειτουργία αποδίδεται σε ψυχολογικούς παράγοντες.

Υψηλότερα ποσοστά στυτικής δυσλειτουργίας παρουσιάζουν οι ασθενείς με αρτηριακή υπέρταση, οι καπνιστές, και οι διαβητικοί, δηλαδή ασθενείς με τους γνωστούς παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο.

Ο συσχετισμός είναι τόσο σημαντικός που άτομα που παρουσιάζουν στυτική δυσλειτουργία χωρίς εμφανή καρδιαγγειακή νόσο θα πρέπει να ελέγχονται για την ύπαρξη ασυμπτωματικής στεφανιαίας νόσου.

Ο κοινός παρονομαστής των δύο αυτών καταστάσεων είναι η δυσλειτουργία του ενδοθηλίου.

Υπάρχουν σήμερα 3 φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της στυτικής δυσλειτουργίας

Η σιδεναφίλη (Viagra), απορροφάται σε 1 ώρα από τη λήψη, έχει όμως το μειονέκτημα να επηρεάζεται η απορρόφησή του από λιπαρές τροφές. Η διάρκεια δράσης του είναι περίπου 4 ώρες.

Η ταδαλαφίλη (Cialis) απορροφάται ταχέως, χωρίς η απορρόφηση να επηρεάζεται από την πρόσληψη τροφής, την ηλικία, την ύπαρξη σακχαρώδη διαβήτη ή ήπιας ηπατικής ανεπάρκειας. Έχει μακρά δράση με μέσο χρόνο ημισείας ζωής 17,5 ώρες.

Η βαρδεναφίλη (Levitra), απορροφάται ταχέως και έχει ενδιάμεσο χρόνο δράσεως μεταξύ των άλλων 2 φαρμάκων.

Επηρεάζεται μερικώς και αυτή από τη λήψη τροφής.



Η λήψη των φαρμάκων αυτών είναι ασφαλής με την προϋπόθεση ότι δεν λαμβάνονται συγχρόνως με νιτρώδη που αποτελούν και την κύρια αντένδειξη στη χρήση τους λόγω συνέργειας

Η επιστροφή στην καθημερινότητα μπορεί να είναι δύσκολη για τους ασθενείς μετά από το έμφραγμα μυοκαρδίου.

Ανάμεσα στα πολλά ερωτήματα που προκύπτουν, είναι το κατά πόσον η καρδιαγγειακή νόσος μπορεί να επηρεάσει τη σεξουαλική ζωή του ασθενούς ή εάν το σεξ μπορεί να επιβαρύνει και να επηρεάσει αρνητικά τη λειτουργία της καρδιάς.

Σύμφωνα με επιστημονική οδηγία που δόθηκε από την Αμερικανική Καρδιολογική Εταιρεία (American Heart Association), οι ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο είναι ασφαλείς κατά τη σεξουαλική πράξη, όταν η νόσος είναι υπό φαρμακευτικό έλεγχο.

Φάρμακα ευρείας κατανάλωσης για τη στυτική δυσλειτουργία, που ανήκουν στους αναστολείς φωσφοδιεστεράσης τύπου 5 (PDE5), όχι μόνο είναι ασφαλή όταν χρησιμοποιούνται μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου, αλλά οι χρήστες τους εμφανίζουν μειωμένη νοσηρότητα και θνησιμότητα σε σύγκριση με άλλους που δεν παίρνουν αγωγή για προβλήματα στύσης.

(συνέχεια στη σελίδα 7)

ΣΤΗΛΗ ΟΜΑΔΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Μανουσόπουλος Κωνσταντίνος

Ειδικευόμενος Καρδιολογίας Νοσοκομείο Ε.Ε.Σ.

Ραλλίδης Λουκιανός

Αν. Καθηγητής Καρδιολογίας Αττικό Νοσοκομείο

Κλινικά σημεία οικογενούς υπερχοληστερολαιμίας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η οικογενής υπερχοληστερολαιμία (familial hypercholesterolaemia-FH) αποτελεί κληρονομική μορφή υπερχοληστερολαιμίας που μεταβιβάζεται με αυτοσωματικό επικρατούντα τρόπο και χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη πρώιμης στεφανιαίας νόσου. Ο επιπολασμός της ετεροζύγου FH κυμαίνεται 1 στα 250 άτομα ενώ η ομόζυγος είναι εξαιρετικά σπάνια (1 στους 10⁶). Υπολογίζεται ότι πάνω από 10,000,000 πάσχουν από FH σε όλο τον κόσμο. Στις περισσότερες χώρες η FH υποδιαγιγνώσκεται αφού μόλις το 1% των ασθενών με FH είναι καταγεγραμμένοι στα ειδικά υπολιπιδαιμικά ιατρεία. Πέρα από τις καρδιαγγειακές εκδηλώσεις της FH μπορεί να οδηγηθούμε στη διάγνωσή της με αναζήτηση κλινικών σημείων από το δέρμα ή τους οφθαλμούς.¹

1) Δερματικές εκδηλώσεις

Ο όρος ξανθώματα έχει τις ρίζες του στην ελληνική λέξη ξανθός (κίτρινου χρώματος). Τα ξανθώματα αποτελούν τη συχνότερη δερματολογική εκδήλωση της FH. Αποτελούν εναποθέσεις αφρωδών κυττάρων πλούσιων σε εστέρες χοληστερόλης στους τένοντες και στο δέρμα και παρατηρούνται σε υψηλά επίπεδα LDL-χολ ορού. Τα ξανθώματα διακρίνονται σε ξανθελάσματα, τενόντια ξανθώματα, παλαμιαία ξανθώματα και οζώδη ξανθώματα.

α) Τενόντια ξανθώματα

Τα τενόντια ξανθώματα (ΤΞ) εντοπίζονται στις εκτατικές επιφάνειες που υφίστανται μηχανική καταπόνηση όπως δάκτυλα, γόνατα, καρπούς, και κυρίως στην πελματιαία περιτονία. Τα ΤΞ αποτελούνται από ελεύθερη, εστεροποιημένη χοληστερόλη και φωσφολιπίδια τα οποία συσσωρεύονται σε αφρώδη κύτταρα στους τένοντες.² Τα ΤΞ που εμφανίζονται στον αχίλλειο τένοντα είναι στα διαγνωστικά κριτήρια (Dutch lipid clinic) για την FH (Εικόνα 1). Στην ομόζυγο FH τα τενόντια ξανθώματα εμφανίζονται πιο συχνά από ότι στην ετερόζυγο FH. Μπορούν να διαγνωσθούν με απλή ψηλάφηση και επισκόπηση. Για τη διάγνωση χρησιμοποιείται και η ακτινοσκόπηση. Ασθενείς με μέγιστο πάχος ≥ 9 mm ακτινοσκοπικά θεωρείται ότι έχουν πάχυνση του αχίλλειου τένοντα. Σε μία πρόσφατη μελέτη τα ΤΞ διαγνώστηκαν με τη χρήση υπερήχων στο 29% ατόμων με ετερόζυγο FH³.

Στην ετερόζυγο FH τα ΤΞ συνήθως απουσιάζουν πριν την ηλικία των 20 και κάνουν την εμφάνισή τους μετά την ηλικία των 30 ετών, ενώ στην ομόζυγο FH παρουσιάζονται από την

παιδική ηλικία και ο επιπολασμός τους στα άτομα με FH αυξάνει προοίως της ηλικίας. Η ύπαρξη ΤΞ έχει συσχετιστεί με 2 με 4 φορές υψηλότερο κίνδυνο εκδήλωσης καρδιαγγειακής νόσου σε ασθενείς με ετερόζυγο FH.⁴

Η διαφορική διάγνωση των ΤΞ περιλαμβάνει πολύ σπάνιες παθήσεις, όπως τη σιτοστερολαιμία⁵ και την εγκεφαλοτενοντία ξανθωμάτωση (CTX).⁶ Η σιτοστερολαιμία χαρακτηρίζεται από ανεπάρκεια της πρωτεΐνης ABCG5/G8 προκαλώντας αυξημένη απορρόφηση και μειωμένη απέκκριση φυτικών στερολών και έχει συσχετιστεί με ασβεστοποιό στένωση αορτικής βαλβίδος και πρώιμη αθηροσκλήρωση. Στη CTX η ανωμαλία της 27-υδροξυλάσης αυξάνει τα επίπεδα χολεστανόλης αίματος και προκαλεί νευρολογικά συμπτώματα και διανοητική καθυστέρηση.

β) Ξανθελάσματα

Τα ξανθελάσματα είναι κίτρινωπού χρώματος συσσωρεύσεις λιπιδίων στα βλέφαρα σε μορφή πλακών (Εικόνα 2). Η συχνότητα στο γενικό πληθυσμό είναι στο 1,4% με μία αναλογία 1,1% στις γυναίκες και 0,3% στους άνδρες⁸. Η ηλικία εμφάνισης είναι σε ασθενείς από 15 μέχρι 73 ετών, αν και τα περισσότερα εμφανίζονται στη δεκαετία των 40 και 50 ετών. Μόνο σε 50% των περιπτώσεων συσχετίζονται με παρουσία αυξημένων επιπέδων LDL-χολ στον ορό. Η παρουσία τους πριν την ηλικία των 40 πρέπει να κρατά τους κλινικούς ιατρούς σε εγρήγορση για τον αποκλεισμό γενετικών διαταραχών του μεταβολισμού των λιπιδίων.⁹

Παρότι ο ακριβής παθογενετικός μηχανισμός δεν είναι πλήρως κατανοητός τα δερματικά ξανθελάσματα αποτελούν εναποθέσεις ινωδών κυττάρων και συνδετικού ιστού με λιποκύτταρα που δημιουργούν τα αφρώδη κύτταρα. Ιστολογικά τα αφρώδη κύτταρα ανευρίσκονται στη μέση και επιφανειακή στοιβάδα της δερμίδας και σχετίζονται με ίνωση και φλεγμονή. Η πιο συχνή



ΕΙΚΟΝΑ 1. Ασθενής με ετερόζυγο FH και ξανθώματα αχίλλειου τένοντα⁷.



ΕΙΚΟΝΑ 2. Παρουσία ξανθελασμάτων σε νεαρή γυναίκα με ετερόζυγο FH.

εντόπιση είναι το ξανθέλασμα στα άνω και κάτω βλέφαρα. Παρουσιάζεται σαν μαλακή συμμετρική κίτρινου χρώματος λεπτή πλάκα περικογχικά. Οι Christoffersen et al¹⁰ βρήκαν ότι ανεξάρτητα από άλλους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου τα ξανθελάσματα αποτελούν παράγοντα κινδύνου για έμφραγμα του μυοκαρδίου, ισχαιμική καρδιαγγειακή νόσο, και θάνατο στο γενικό πληθυσμό¹⁰.

Τα ξανθελάσματα είναι ασυμπτωματικά και η θεραπεία με χειρουργική εκτομή ή με laser γίνεται πολλές φορές, λανθασμένα, για αισθητικούς λόγους. Θα πρέπει να τονιστεί πως τα ξανθελάσματα υποστρέφουν όταν ρυθμιστούν τα επίπεδα LDL-χολ πλάσματος. Δυστυχώς υπάρχει έλλειμμα στη βιβλιογραφία για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των νορμολιπιδαιμικών ξανθελασμάτων.

2) Εκδηλώσεις από τον κερατοειδή: γεροντότοξο

Είναι από τα πλέον ειδικά κλινικά ευρήματα της FH (Εικόνα 3). Χαρακτηρίζεται σαν μια γκρι-λευκού χρώματος αδιαφανοποίηση 1-1,5 mm πάχους περιφερικά του κερατοειδούς χιτώνα και δημιουργείται από εξωκυτταρική εναπόθεση λιπιδίων (εστεροποιημένη χοληστερόλη). Η εναπόθεση ξεκινάει από την 6^η και 12^η ώρα και συνεχίζει μέχρι να γίνει κυκλοτερής. Η εναπόθεση χοληστερόλης επιταχύνεται σε παρουσία υψηλών επιπέδων LDL-χολ. Αποτελεί ένα ειδικό σημείο της FH όταν ανευρίσκεται <45 ετών οπότε και ονομάζεται arcus juvenalis. Ο Winder et al εξετάζοντας 154 μη θεραπευόμενους ασθενείς με ετερόζυγο FH, 16–76 ετών παρατήρησε την παρουσία γεροντότοξο σε 50% των ασθενών από 31 έως 35 ετών και συμπέρανε ότι το γεροντότοξο εμφανίζεται 10 χρόνια νωρίτερα σε ετερόζυγο FH σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Το γεροντότοξο είναι πιο συχνό σε άνδρες παρά σε γυναίκες, είναι σχεδόν πάντοτε αμφοτερόπλευρο και δεν επηρεάζει την όραση. Σε αντίθεση μη ειδικό για την υπερχοληστερολαιμία και πιο συχνά παρατηρούμενο σε ηλικιωμένους και αφρικανικής καταγωγής είναι το arcus senilis. Η επίπτωση του γεροντότοξο αυξάνει προόδου της ηλικίας. Περισσότεροι από το 60% των ηλικιωμένων πάνω από 80 ετών έχουν γεροντότοξο.



ΕΙΚΟΝΑ 3. Γεροντότοξο σε άνδρα 43 ετών με FH⁷.

Το γεροντότοξο πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί από το εμβρυότοξο μία ανωμαλία της οστεογένεσης στην οποία μια περιφερική αψίδα ή τόξο εκτείνεται στην άκρη του κερατοειδούς.

Όσον αφορά την προγνωστική σημασία το γεροντότοξο και τα τενόντια ξανθώματα αποτελούν δείκτες για αθηροσκλήρυνση. Το βασικό λιπίδιο σε αυτές τις εναποθέσεις είναι εστέρες χοληστερόλης και μη-εστεροποιημένη χοληστερόλη. Μία βασική διαφορά μεταξύ του κερατοειδούς και του τένοντα είναι ότι τα μακροφάγα δεν διηθούν τον κερατοειδή. Επειδή ο μηχανισμός σχηματισμού TΞ και αθηρωματικής πλάκας είναι παρόμοιος τα TΞ αποτελούν καλύτερο προγνωστικό δείκτη αθηρωμάτωσης από το γεροντότοξο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Και τα 3 αυτά κλινικά σημεία γεννούν την υποψία της FH την οποία ο κλινικός ιατρός θα πρέπει να αποκλείσει με εργαστηριακές εξετάσεις (LDL-χολ πλάσματος), γενεαλογικό δέντρο και αν το κρίνει αναγκαίο και γενετικό έλεγχο για τυχόν υπάρχουσες μεταλλάξεις σε γονίδια (LDL-υποδοχέας, PCSK9, κ.ά.). Λόγω του ότι η FH έχει σαν αποτέλεσμα την πρώιμη εμφάνιση στεφανιαίας νόσου είναι μείζονος σημασίας η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία ασθενών με FH.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Catapano AL, Graham I, De Backer G, et al. ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias. Eur Heart J 2016 14;37:2999-3058.
2. Hessel LW, Vermeer BJ, Polano MK, et al. Primary hyperlipoproteinemia in xanthomatosis. Clin Chim Acta 1976;69:405-16.
3. Descamps O, Leysen X, Van Leuven F, et al. The use of Achilles tendon ultrasonography for the diagnosis of familial hypercholesterolemia. Atherosclerosis 2001;157:514-8.
4. Civeira F, Castillo S, Alonso R, et al.; Spanish Familial Hypercholesterolemia Group. Tendon xanthomas in familial hypercholesterolemia are associated with cardiovascular risk independently of the lowdensity lipoprotein receptor gene mutation. Arterioscler Thromb Vasc Biol 2005;25:1960-5.
5. Bhattacharyya AK, Connor WE. Beta-sitosterolemia and xanthomatosis. A newly described lipid storage disease in two sisters. J Clin Invest 1974;53:1033-43.
6. Razi SM, Gupta AK, Gupta DC, et al. Cerebrotendinous xanthomatosis (a rare lipid storage disorder): a case report. J Med Case Rep 2016;10:103.
7. Harada-Shiba M, Arai H, Ishigaki Y, et al.; Working Group by Japan Atherosclerosis Society for Making Guidance of Familial Hypercholesterolemia. Guidelines for Diagnosis and Treatment of Familial Hypercholesterolemia 2017. J Atheroscler Thromb 2018;25:751-770.
8. Bergman R. The pathogenesis and clinical significance of xanthelasma palpebrarum. J Am Acad Dermatol 1994;30:236-42.
9. Cruz PD, Jr, East C, Bergstresser PR. Dermal, subcutaneous, and tendon xanthomas: Diagnostic markers for specific lipoprotein disorders. J Am Acad Dermatol 1988;19:95-111.
10. Christoffersen M, Frikke-Schmidt R, Schnohr P, et al. Xanthelasmata, arcus corneae, and ischemic vascular disease and death in general population: Prospective cohort study. BMJ 2011;343:d5497.

Η ηλεκτρονική διεύθυνση της Γραμματείας της Εταιρείας μας είναι:

lipid_athero@yahoo.gr

ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΑ ΑΡΘΡΑ - ΣΧΟΛΙΑ

Επιμέλεια:

Χ. Μιχαλακάς,

Καρδιολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Β' Πανεπιστημιακής Καρδιολογικής Κλινικής, Π.Γ.Ν. «Αττικών»

Λ. Ραλλίδης,

Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας, Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «Αττικών»

Η ελάττωση της χοληστερόλης σε σχέση με τη φλεγμονή στη μελέτη FOURIER

Bohula EA, Giugliano RP, Leiter LA, et al.

Circulation. 2018;138:131-140

Η μελέτη FOURIER (Further Cardiovascular Outcomes Research With PCSK9 Inhibition in Patients With Elevated Risk) αξιολόγησε την κλινική αποτελεσματικότητα της εβολουκουμάμπης, ενός αναστολέα της PCSK-9, στην εμφάνιση καρδιαγγειακών επεισοδίων. Στην ανάλυση αυτή αξιολογήθηκε η επίδραση της φλεγμονής στην κλινική αποτελεσματικότητα της εβολουκουμάμπης.

Η παρουσία φλεγμονής εκτιμήθηκε με μέτρηση της υψηλής ευαισθησίας C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (hsCRP). Σε σύνολο 27.564 συμμετεχόντων έγινε διαστρωμάτωση βάσει των αρχικών επιπέδων hsCRP (<1, 1-3, and >3 mg/L). Εν συνεχεία έγινε αξιολόγηση της επίπτωσης των τελικών σημείων της μελέτης ανάλογα με τα επίπεδα της hsCRP. Πρωταρχικό τελικό σημείο ήταν η εμφάνιση καρδιαγγειακού θανάτου, εμφράγματος μυοκαρδίου (EM), ή αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ) και επιλεγμένο δευτερογενές τελικό σημείο καρδιαγγειακός θάνατος, EM ή ΑΕΕ.

Ποσοστό 29% των ασθενών είχαν αρχική hsCRP <1 mg/L, 41% είχαν hsCRP 1 έως 3 mg/L, και 30% είχαν hsCRP >3 mg/L. Η θεραπεία με εβολουκουμάμπη δεν είχε ουσιαστική επίδραση στα επίπεδα της hsCRP. Στην ομάδα του εικονικού φαρμάκου ασθενείς με αυξημένα επίπεδα hsCRP εμφάνιζαν μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης του πρωταρχικού και του επιλεγμένου δευτερογενούς τελικού σημείου στην τριετία. Η ελάττωση του σχετικού κινδύνου με τη θεραπεία ήταν σταθερή για ασθενείς με διαφορετικά επίπεδα hsCRP, ενώ η ελάττωση του απόλυτου κινδύνου για το πρωταρχικό τελικό σημείο ήταν μεγαλύτερη σε ασθενείς με αυξημένες τιμές hsCRP: 1,6%, 1,8% και 2,6% για επίπεδα hsCRP <1, 1-3, and >3 mg/L αντίστοιχα. Η ελάττωση του απόλυτου κινδύνου για το δευτερογενές τελικό σημείο ήταν επίσης μεγαλύτερη σε ασθενείς με αυξημένες τιμές hsCRP: 0,8%, 2,0% και 3,0% για τα διάφορα επίπεδα hsCRP αντίστοιχως. Η hsCRP και η LDL-χολ φάνηκε ότι αποτελούν ανεξάρτητους παράγοντες κινδύνου για το πρωταρχικό τελικό σημείο.

- Οι συγγραφείς συμπεραίνουν ότι η ελάττωση της LDL-χολ με την εβολουκουμάμπη οδηγεί σε μείωση του σχετικού κινδύνου σε όλα τα επίπεδα φλεγμονής και σε μεγαλύτερη ελάττωση του απόλυτου κινδύνου σε ασθενείς με αυξημένα αρχικά επίπεδα hsCRP.

Αλιροκουμάμπη σε ασθενείς μετά από οξύ στεφανιαίο σύνδρομο

Schwartz GG, Steg PG, Szarek M, et al.

N Engl J Med. 2018. doi: 10.1056/NEJMoa1801174. [Epub ahead of print]

Ασθενείς που έχουν υποστεί οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (ΟΣΣ) βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών επεισοδίων. Στη μελέτη ODYSSEY OUTCOMES αξιολογήθηκε η επίδραση του αναστολέα της PCSK-9 αλιροκουμάμπη στην εμφάνιση ισχαιμικών συμβαμάτων σε ασθενείς που λαμβάνουν υψηλής ισχύος θεραπεία με στατίνη μετά από ΟΣΣ.

Πρόκειται για πολυκεντρική, τυχαίοποιημένη, διπλά τυφλή, ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο μελέτη στην οποία συμμετείχαν 18.924 ασθενείς με ιστορικό ΟΣΣ έναν έως 12 μήνες πριν την τυχαίοποίηση και LDL-χολ >70 mg/dL υπό αγωγή με υψηλής ισχύος στατίνη σε μέγιστη ανεκτή δόση. Οι συμμετέχοντες τυχαίοποιήθηκαν στην υποδόρια χορήγηση 75 mg αλιροκουμάμπης κάθε 14 ημέρες ή σε εικονικό φάρμακο. Ο στόχος για την LDL-χολ τέθηκε από 25 έως 50 mg/dL και πρωταρχικό τελικό σημείο της μελέτης ήταν το σύνθετο θανάτου από στεφανιαία νόσο, εμφράγματος μυοκαρδίου, ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου ή ασταθούς στηθάγχης με ανάγκη για επαναγγείωση.

Μετά από παρακολούθηση 2,8 ετών κατά μέσο όρο το πρωταρχικό τελικό σημείο εμφανίστηκε λιγότερο συχνά στους ασθενείς υπό αλιροκουμάμπη (αναλογία κινδύνου 0,85, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 0,78 έως 0,93, p<0,001). Στη μελέτη σημειώθηκαν 334 θάνατοι στην ομάδα της αλιροκουμάμπης έναντι 392 στην ομάδα του εικονικού φαρμάκου, αριθμοί που αντιστοιχούν σε ελάττωση του σχετικού κινδύνου κατά 15% με τη χορήγηση της αλιροκουμάμπης. Μεγαλύτερο απόλυτο όφελος σημειώθηκε σε ασθενείς με αρχικά επίπεδα LDL-χολ >100 mg/dL, ενώ δεν καταγράφηκε σημαντική διαφορά στην εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών από την αγωγή με εξαίρεση τοπική αντίδραση στη χορήγηση του υπό μελέτη φαρμάκου.

- Οι ερευνητές διαπιστώνουν ότι σε ασθενείς που έχουν υποστεί ΟΣΣ και λαμβάνουν τη μέγιστη ανεκτή θεραπεία με ισχυρή στατίνη, η επιπλέον χορήγηση της αλιροκουμάμπης οδηγεί σε ελάττωση των υποτροπών ισχαιμικών καρδιαγγειακών επεισοδίων.

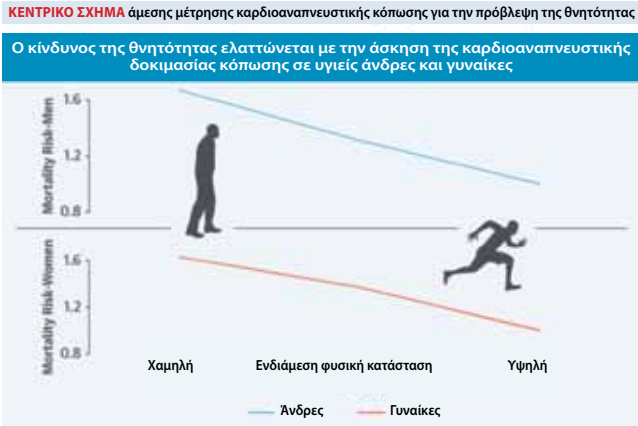
Φυσική δραστηριότητα και θνησιμότητα σε υγιή άτομα

Imboden MT, Harber MP, Whaley MH, et al.

J Am Coll Cardiol. 2018;72:2283-2292

Η καλή καρδιαναπνευστική φυσική κατάσταση σχετίζεται αντίστροφα με τη θνησιμότητα. Στην παρούσα μελέτη αξιολογήθηκε η επίδραση της φυσικής δραστηριότητας, όπως αυτή εκτιμάται με καρδιοαναπνευστική δοκιμασία κοπώσεως, στην εμφάνιση θνησιμότητας από καρδιαγγειακά και κακοήθη νοσήματα.

Στη μελέτη συμμετείχαν 4.137 φαινομενικά υγιείς εθελοντές



(2.326 άνδρες και 1.811 γυναίκες), μέσης ηλικίας 43 ετών, που υπεβλήθησαν σε καρδιοαναπνευστική δοκιμασία κόπωσης και παρακολούθηθηκαν για 24 κατά μέσο όρο έτη. Η καρδιαγγεια-

κή φυσική κατάσταση (χαμηλή, μέτρια, υψηλή) σχετίσθηκε με δείκτες θνησιμότητας.

Κατά την παρακολούθηση των συμμετεχόντων σημειώθηκαν 727 θάνατοι. Υψηλή καρδιαγγειακή φυσική κατάσταση συνδέεται με χαμηλότερη θνησιμότητα, ενώ αντίθετα χαμηλή επίδοση στην καρδιοαναπνευστική δοκιμασία κόπωσης σχετίσθηκε με αύξηση του συνόλου των θανάτων (αναλογία κινδύνου 1,73), των καρδιαγγειακών θανάτων (αναλογία κινδύνου 2,27) και των θανάτων από κακοήθεια (αναλογία κινδύνου 2,07). Κάθε αύξηση κατά ένα μεταβολικό ισοδύναμο στη δοκιμασία κόπωσης αντιστοιχούσε σε ελάττωση της συνολικής θνησιμότητας κατά 11,6%, της καρδιαγγειακής θνησιμότητας κατά 16,1% και της θνησιμότητας από κακοήθεια κατά 14%.

► Οι ερευνητές συμπεραίνουν ότι η καρδιαγγειακή φυσική κατάσταση επηρεάζει τη θνησιμότητα και προτείνουν μελέτη με καρδιοαναπνευστική δοκιμασία κόπωσης σε υγιή άτομα ως εργαλείο διαστρωμάτωσης καρδιαγγειακού κινδύνου και οδηγό για προληπτικές θεραπευτικές παρεμβάσεις.

ΠΡΟΣΕΧΗ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

► ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΛΙΠΙΔΙΟΛΟΓΙΑΣ, ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ - Διαδικτυακά Μαθήματα ΕΕΛΙΑ 2019

ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΝΟΣΟΣ (Συντονιστής: Ιωάννης Λεκάκης)

- 26-02-2019 Επιδημιολογία-Παράγοντες κινδύνου
- 12-03-2019 Διαγνωστική προσέγγιση
- 19-03-2019 Καρωτιδική νόσος
- 09-04-2019 Νόσος αρτηριών άνω άκρων
- 16-04-2019 Νόσος μεσεντερίου αρτηρίας και νεφρικών αρτηριών
- 07-05-2019 Κοιλιακή αορτή
- 14-05-2019 Νόσος αρτηριών κάτω άκρων
- 04-06-2019 Σύνοψη κατευθυντήριων οδηγιών

► ΠΕΡΙΦΕΡΙΑΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ: «Προλαμβάνοντας τα καρδιαγγειακά νοσήματα.

Δύσκολες Κλινικές Περιπτώσεις»

Πέμπτη 7 Φεβρουαρίου 2019, Ξενοδοχείο Divani Caravel, Αίθουσα HORIZON, Αθήνα

► 45° ΕΤΗΣΙΟ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

15-18 Μαΐου 2019, Ξενοδοχείο Divani Caravel, Αθήνα

► 87th EUROPEAN ATHEROSCLEROSIS SOCIETY (EAS) CONGRESS 2019

May 26-29, 2019, MECC Maastrich

► 22° ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΛΙΠΙΔΙΟΛΟΓΙΑΣ, ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ και ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

30 Μαΐου - 2 Ιουνίου 2019, Μονεμβασιά

Πληροφορίες για την Εταιρεία μας και τα τεύχη του Αθρώματος
μπορείτε να τα βρείτε στο διαδίκτυο στην ιστοσελίδα

<http://www.eelia.gr>

(συνέχεια από τη σελίδα 2)

Σε γνωστή καρδιαγγειακή νόσο³⁻¹¹

1. Ο θεράπων καρδιολόγος θα αξιολογήσει την κατάσταση της υγείας, πριν από την επανέναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας.
2. Θα πρέπει να λαμβάνει το άτομο σωστά τη φαρμακευτική αγωγή που βοηθά τη βελτίωση των καρδιαγγειακών συμπτωμάτων, χωρίς να υπάρχει κίνδυνος αυτό να επηρεάσει τη σεξουαλική λειτουργικότητα, καθώς η υγεία της καρδιάς προηγείται οποιασδήποτε άλλης κατάστασης.
3. Τα φάρμακα για τη θεραπεία της στυτικής δυσλειτουργίας είναι γενικά ασφαλή, αν και δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται με νιτρικά άλατα για τη στηθάγχη.

Συμπεραίνεται ότι η έλλειψη ενημέρωσης για τη σεξουαλική δραστηριότητα μετά την καρδιακή προσβολή μπορεί να επηρεάσει πολλούς καρδιοπαθείς ώστε να μείνουν σεξουαλικά ανενεργοί, ενώ θα μπορούσε να συμβαίνει το αντίθετο.

Μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου και γενικότερα μιας καρδιοπάθειας, η αναπροσαρμογή ενός ασθενούς στην καθημερινή ζωή συμπεριλαμβανομένης της σεξουαλικής δραστηριότητας, είναι εφικτή στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων.

Σύμφωνα με μελέτες για το θέμα από το AHA (AMERICAN HEART ASSOCIATION), το σεξ είναι ασφαλές για τους περισσότερους καρδιοπαθείς εφόσον το καρδιαγγειακό νόσημα έχει σταθεροποιηθεί.

Το σεξ στους καρδιοπαθείς μπορεί να πραγματοποιηθεί:

- 2 εβδομάδες μετά από έμφραγμα που δεν παρουσίασε επιπλοκές,
- 4 με 6 εβδομάδες μετά από βαρύτερα εμφράγματα,
- 1 με 2 εβδομάδες μετά από αγγειοπλαστική,
- 6 με 8 εβδομάδες μετά από εγχείρηση ανοικτής καρδιάς (By Pass, αντικατάσταση βαλβίδας).
- ασθενής καλό είναι να υποβληθεί προηγουμένως σε ηλεκτροκαρδιογράφημα, υπερηχοκαρδιογράφημα, Doppler-Triplex, τεστ κόπωσης και ενδεχομένως Holter ρυθμού.

Τι πρέπει να γνωρίζουν οι καρδιοπαθείς³⁻¹¹

1. Καρδιοπαθείς με ελαφριά ή μέτρια βαλβιδοπάθεια καθώς και εκείνοι που μπορούν να κάνουν δοκιμασία κόπωσης ίση ή παραπάνω από 3-5 METS χωρίς να παρουσιάσουν στηθάγχη, υπόταση, ισχαιμία, αρρυθμία ή έντονη δύσπνοια, μπορούν να έχουν σεξουαλική δραστηριότητα.
2. Τα φάρμακα τύπου Viagra είναι ασφαλή και μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τους καρδιοπαθείς με στυτική δυσλειτουργία. Δεν πρέπει να χορηγούνται παράλληλα με υπογλώσσια νιτρώδη φάρμακα (δισκία, σπρέι) ή αυτοκόλλητα νιτρώδη και δισκία.
3. Αν κατά τη διάρκεια του σεξ παρουσιασθεί στηθάγχη, αρρυθμία ή δύσπνοια, πρέπει να αναβάλλεται η σεξουαλική δραστηριότητα και ο ασθενής να επισκεφθεί τον καρδιολόγο του.
4. Οι υπερτασικοί που ελέγχουν την πίεσή τους μπορούν να έχουν κανονική σεξουαλική δραστηριότητα. Τα αντιυπερτασικά φάρμακα, κυρίως οι β-αποκλειστές και τα διουρητικά (θειαζίδες) μπορεί να προκαλέσουν στυτική δυσλειτουργία.

Σύμφωνα με οδηγίες Αμερικανικής Καρδιολογικής Εταιρίας (AHA 2012) σε ασθενείς με ιστορικό στεφανιαίας νόσου³⁻¹¹

1. Η σεξουαλική επαφή είναι εφικτή 7 ημέρες μετά από ανεπίπλεκτο έμφραγμα μυοκαρδίου και χωρίς συμπτωματολογία στηθάγχης σε ήπια προς μέτρια άσκηση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Το σεξ είναι ευχάριστη και ωφέλιμη δραστηριότητα, την οποία δεν υπάρχει λόγος να στερηθεί η πλειοψηφία των καρδιοπαθών, αρκεί να έχει σταθεροποιηθεί η κατάστασή τους και να ακολουθούν πιστά τις οδηγίες των γιατρών.

Αποτελεί πεποίθηση ότι ο κάθε καρδιοπαθής, ανεξάρτητα από το είδος της πάθησης, εφόσον είναι ασυμπτωματικός και οι βασικές καρδιολογικές εξετάσεις του (δοκιμασία κόπωσης, Holter, ηλεκτροκαρδιογράφημα) είναι καλές, πρέπει να συμπεριφέρεται όπως ο φυσιολογικός άνθρωπος.

Η λήψη των παραγώγων της φωσφοδιεστεράσης-5 (Viagra, Cialis κ.λπ.) μπορεί να συναποφασίζεται με τον καρδιολόγο, όταν χρειάζεται.

Το σεξ μετά το έμφραγμα είναι εξίσου ασφαλές με οποιαδήποτε άλλη φυσική δραστηριότητα και οι γιατροί πρέπει να ενθαρρύνουν τους ασθενείς να το ξαναρχίζουν σταδιακά.

Προϋπόθεση, να τηρούνται οι οδηγίες του θεράποντος ιατρού.

2. Εάν ο ασθενής έχει υποστεί:
 - διαδερμική στεφανιαία επαναγγείωση (αγγειοπλαστική) μπορεί να τελέσει σεξουαλική πράξη 4 εβδομάδες μετά το πέρας αυτής και εφόσον δεν υπάρχει επιπλοκή στο σημείο της αρτηριακής παρακέντησης.
 - αορτοστεφανιαία παράκαμψη (bypass) δύναται να έρθει σε σεξουαλική επαφή 6-8 εβδομάδες μετά το πέρας αυτής και εφόσον δεν υπάρχει επιπλοκή στο σημείο της στερνοτομής.
3. Στους ασθενείς με ασταθή ή ανθεκτική στη χορηγούμενη φαρμακευτική αγωγή στηθάγχη, αναβάλλεται η σεξουαλική επαφή μέχρι να σταθεροποιηθούν είτε επεμβατικά είτε φαρμακευτικά.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ασκητής ΕΘ. Σεξουαλική Υγεία. Εκδοτικός Οίκος Α.Α. Λιβάνη Αθήνα, 2008.
2. Ευθυμιάδης ΝΑ. ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗ. Διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση καρδιαγγειακών επιπλοκών. Θεσσαλονίκη: University Studio Press, 2016.
3. Bonow RO, Mann DL, Zipes DP, et al. Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine, 2-Volume Set, 10th Edition. Philadelphia: Elsevier Sanders, 2015.
4. Mc Donagh TA, Gardner RS, Clark AL, et al. Oxford Textbook of Heart Failure. Oxford: Oxford University Press, 2011.
5. Metra M, Carubelli V, Ravera A et al. Heart failure 2016: Still more questions than answers. Int J Cardiol. 2017; 227:766-777.
6. Camm AJ, Lüscher TF, Serruys PW. The ESC Textbook of Cardiovascular Medicine. 2nd edition. New York: Oxford University Press, 2009.
7. Caetano J, Delgado AJ. Heart rate and cardiovascular protection. Eur J Intern Med. 2015, 26:217-22.
8. Solomon H, Man JW, Jackson G. Erectile dysfunction and the cardiovascular patient: endothelial dysfunction is the common denominator, Heart 2003; 89: 251-3. doi: 10.1136/heart.89.3.251.
9. Kloner AR. Cardiovascular risk and sildenafil. Am J Cardiol 1999; 84(58):11n-17n.
10. Jackson G, Rosen CR, Kloner AR, et al. REPORT: The Second Princeton Consensus on Sexual Dysfunction and Cardiac Risk: New Guidelines for Sexual Medicine, The Journal of Sexual Medicine, Article first published online: 5 Jan 2006.
11. At-a-Glance Summary Tables. americanheart.org. 2008. American Heart Association. 30 Aug. 2008.

ΕΠΙΦΥΛΛΙΔΑ

Δ. Ρίχτερ, MD, FESC, FAHA
Μέλος ΔΣ ΕΕΛΙΑ

Τι καινούργιο θα δούμε το 2019 στην Καρδιολογία

Άλλος ένας χρόνος φεύγει και πολλοί αναρωτιόμαστε τι καινούργιο θα δούμε το 2019 στην καρδιολογία. Η καρδιολογία όμως, ως μία ειδικότητα που εμφάνισε τεράστια πρόοδο τη δεκαετία του 2000 με μεγάλη μείωση της καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνησιμότητας βρίσκεται σε μία μεταβατική περίοδο τα τελευταία χρόνια ετοιμάζοντας την επόμενη επανάστασή της.

Νέοι δρόμοι και νέα φάρμακα δεν αναμένονται το 2019, αλλά συνεχίζονται μελέτες που είναι ακόμα σε πρώιμο στάδιο για **φάρμακα που μειώνουν την Lp(a)** στα λιπίδια, **για τη χρήση της εμπαγλιφλοζίνης** σε μη διαβητικούς ασθενείς (το πρώτο αντιδιαβητικό φάρμακο με μείωση καρδιαγγειακής θνησιμότητας), **μελέτες για νεώτερα αντιπηκτικά μπλοκάροντας τώρα τον παράγοντα XI** και φυσικά αναμένουμε τον FDA στην Αμερική να ολοκληρώσει τον έλεγχο του καπνικού προϊόντος που θερμαίνει και δεν κάνει καύση (iqos), **σχετικά με το χαρακτηρισμό «προϊόν μειωμένου κινδύνου»**, μία σημαντική εξέλιξη για όσους αδυνατούν να κόψουν τη βλαβερή αυτή συνήθεια. Εάν επιβεβαιωθεί, πράγμα πολύ πιθανό, θα έχουμε για πρώτη φορά μία ρυθμιστική αρχή να προτρέπει τους καπνιστές να αλλάξουν τρόπο καπνίσματος, μετά τις αρχές δημόσιας υγείας στη Μεγάλη Βρετανία που προέτρεψαν τους για-

τρούς να ζητούν από τους ασθενείς, εάν δεν μπορούν να διακόψουν το τσιγάρο, να περνούν στα νεώτερα καπνικά προϊόντα.

Φαρμακευτικά θα έχουμε το 2019 μια σημαντική αλλαγή στην αντιθρομβωτική αγωγή στη χρόνια στεφανιαία νόσο και στη χώρα μας όπου αναμένουμε για επιλεγμένες ομάδες ασθενών τη ριβαροξαμπάνη 2,5 mg x 2, η οποία μειώνει σημαντικά τα καρδιαγγειακά επεισόδια και τους καρδιαγγειακούς θανάτους όταν προστεθεί στην ασπιρίνη σε στεφανιαίους ασθενείς.

Αναμένεται η έγκριση για τα αντίδοτα των αντιπηκτικών του παράγοντα X (ριβαροξαμπάνη, απιξαμπάνη) και θα είναι μία χρήσιμη προσθήκη ασφαλείας καθώς εκ των νεώτερων ω3, μια και είναι η πρώτη φορά που τα ω3 απέδειξαν σημαντική μείωση στα καρδιαγγειακά συμβάντα σε ασθενείς που είχαν ήδη στεφανιαία νόσο την τελευταία δεκαετία. Προσοχή όμως, όχι πια EPA και DHA αλλά 4 g EPA. Άγνωστο αν και πότε θα έρθουν στη χώρα μας.



ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ-ΕΚΔΟΤΗΣ:

Ελληνική Εταιρεία Λιπιδιολογίας, Αθηροσκλήρωσης και Αγγειακής Νόσου

Διοικητικό Συμβούλιο

Πρόεδρος: **Ι. Λεκάκης**
Αντιπρόεδρος: **Γ. Υφαντή**
Γεν. Γραμματέας: **Κ. Μακρυλάκης**
Ειδ. Γραμματέας: **Λ. Ραλλίδης**
Ταμίας: **Θ. Αποστόλου**
Μέλη: **Χ. Βλαχόπουλος**
Α. Ζαμπέλας
Δ. Ρίχτερ
Δ. Σταμάτης
Ειδικοί Σύμβουλοι: **Γ. Ανδρικόπουλος**
Χ. Μιχαλακέας

Υπεύθυνος Σύνταξης **Λ. Ραλλίδης**
Σύμβουλοι Σύνταξης **Κ. Βέμμος, Δ. Παναγιωτάκος**

Εκτύπωση: TEXNOGRAMMA^{med} - Τηλ.: 210 6000643, fax: 210 6002295

OWNER:

Hellenic Society of Lipidology, Atherosclerosis and Vascular Disease

Executive Committee

President: **I. Lekakis**
Vice President: **G. Yfanti**
General Secretary: **K. Makrilakis**
Secretary: **L. Rallidis**
Treasurer: **Th. Apostolou**
Members: **Ch. Vlachopoulos**
A. Zampelas
D. Richter
D. Stamatis
Special Advisors: **G. Andrikopoulos**
Ch. Michalakeas

Editor in Chief **L. Rallidis**
Consultant Editors **K. Vemmos, D. Panagiotakos**

Publishing: TEXNOGRAMMA^{med} - Tel.: 210 6000643, fax: 210 6002295