



# ΑΘΗΡΩΜΑ

ΤΟΜΟΣ 19, ΤΕΥΧΟΣ 4, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ-ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2015

Τριμηνιαία Έκδοση της Ελληνικής Εταιρείας Λιπιδιολογίας, Αθηροσκλήρωσης και Αγγειακής Νόσου

ΑΡΘΡΟ  
ΣΥΝΤΑΞΗΣ

## Καρδιολογικός έλεγχος ασυμπτωματικών διαβητικών ασθενών. Χρειάζεται, πότε και σε ποιους;

### Κωνσταντίνος Μακρυλάκης

Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας ΕΚΠΑ  
Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο  
ΓΝΑ «Λαϊκό»

Ως στεφανιαία νόσος (ΣΝ) ορίζεται η αθηροσκληρυντική στένωση των στεφανιαίων αρτηριών, των αρτηριών δηλαδή που αιματώνουν τον καρδιακό μυ. Η κλινική εκδήλωση της νόσου μπορεί να είναι η σταθερή στηθάγχη, η ασταθής στηθάγχη, το έμφραγμα του μυοκαρδίου ή ο αιφνίδιος θάνατος.

Η ΣΝ αποτελεί την κύρια αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας των διαβητικών, καθώς ενοχοποιείται για το 60%-80% των θανάτων των ασθενών αυτών, ενώ εμφανίζει 2-4 φορές μεγαλύτερη συχνότητα στον διαβητικό σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Η αυξημένη αυτή συχνότητα εμφάνισης της ΣΝ αφορά και τους δύο τύπους ΣΔ (τύπο 1 και 2), και μάλιστα θεωρείται περισσότερο αυξημένη για τον τύπο 1 ΣΔ, στον οποίο ο κίνδυνος καρδιαγγειακής θνησιμότητας αυξάνει μετά από 10 έτη νόσου και ευθύνεται για το 40% των θανάτων μετά από 20 έτη διαβήτη.

Η ΣΝ έχει ορισμένα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά στους διαβητικούς ασθενείς, που την καθιστούν περισσότερο σοβαρή και επιθετική. Είναι συχνά πιο εκτεταμένη, πολυαγγειακή νόσος,

και προσβάλλει συχνότερα περιφερικότερα, μικρότερα αγγεία (με αποτέλεσμα να είναι και πιο δύσκολες οι επεμβάσεις επαναγγείωσης, σε σχέση με μη διαβητικά άτομα). Η αθηροσκληρυντική πλάκα της ΣΝ των διαβητικών ασθενών παρουσιάζει μεγαλύτερη διήθηση από μακροφάγα και έχει περισσότερα λιπαρά συστατικά, πράγμα που την καθιστά πιο ασταθή και αυξάνει τον κίνδυνο για ρήξη της και εμφάνιση καρδιαγγειακού συμβάματος. Επιπρόσθετα, οι στεφανιαίες αθηροσκληρυντικές αλλοιώσεις των διαβητικών είναι περισσότερο διάχυτες και πολυεστιακές, συνοδεύονται δε από γενικευμένη ενδοθηλιακή δυσλειτουργία και διαταραχές της μικροκυκλοφορίας στο μυοκάριο. Η ΣΝ στο διαβήτη εμφανίζεται σε νεαρότερη ηλικία απ' ό,τι στους μη διαβητικούς (περίπου 15 χρόνια νωρίτερα) και είναι πιο συχνή στις διαβητικές γυναίκες. Επίσης η ΣΝ στον διαβήτη είναι συχνότερα σιωπηλή (δεν δίνει δηλαδή κλινικά υποκειμενικά συμπτώματα), πράγμα που δυσκολεύει την έγκαιρη διάγνωση. Πιθανολογείται ότι το γεγονός αυτό οφείλεται, μερικώς τουλάχιστον, σε βλάβη του αυτόνομου νευρικού συστήματος εξαιτίας του διαβήτη.

Λόγω όλων αυτών των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών, η πρόγνωση της ΣΝ στους διαβητικούς ασθενείς είναι χειρότερη απ' ό,τι στους μη διαβητικούς (ακόμα και μετά από επεμβάσεις επαναγγείωσης του μυοκαρδίου [αορτοστεφανιαία παράκαμψη ή αγγειοπλαστική με τοποθέτηση stent] τα ποσοστά επαναστένωσης και η περιεγχειρητική ή μακροχρόνια έκβαση είναι χειρότερη στους διαβητικούς ασθενείς). Έτσι, θεωρείται από πολλούς ότι ο ΣΔ είναι ισοδύναμος με τη ΣΝ όσον αφορά την καρδιαγγειακή πρόγνωση, δηλαδή ότι οι διαβητικοί που δεν έχουν ιστορικό ΣΝ έχουν κίνδυνο να αναπτύξουν ένα καρδιαγγειακό σύμβαμα στο μέλλον ίδιο με τους μη-διαβητικούς που έχουν ήδη εκδήλωση ΣΝ. Παρόλο που αυτό έχει δείξει ότι δεν ισχύει για όλους τους διαβητικούς (εξαρτάται από τη διάρκεια της νόσου, τη ρύθμιση του διαβήτη και την ύπαρξη

### ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

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

άλλων παραγόντων κινδύνου για καρδιαγγειακά [υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, κάπνισμα, καθιστική ζωή, κ.λπ.]), δεν υπάρχει αμφιβολία ότι οι διαβητικοί έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης καρδιαγγειακών συμβαμάτων από τους μη διαβητικούς, σε όλα τα στάδια της νόσου. Ο κίνδυνος αυτός θεωρείται ότι εξισώνεται με τους στεφανιαίους, μη- διαβητικούς ασθενείς, μετά από 12-15 έτη διαβήτη.

Ο κίνδυνος μάλιστα ανάπτυξης ΣΝ αρχίζει να αυξάνει ήδη από τη φάση του προδιαβήτη, πριν την κλινική εκδήλωση δηλαδή του ΣΔ. Οι διαβητικοί ασθενείς έχουν γενικά μεγαλύτερο φορτίο αθηρογόνων παραγόντων κινδύνου σε σχέση με τους μη διαβητικούς (υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, παχυσαρκία, καθιστική ζωή, υπερπηκτικότητα, κ.λπ.). Πολλοί από τους παράγοντες αυτούς είναι παρόντες ήδη από την προδιαβητική φάση, δεδομένου ότι οι περισσότεροι διαβητικοί παρουσιάζουν χαρακτηριστικά του μεταβολικού συνδρόμου (συνδρόμου αντίστασης στην ινσουλίνη), που αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρδιαγγειακών.

### ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΙΑ ΣΝ

Ως προσυμπτωματικός έλεγχος (screening) ορίζεται η προσπάθεια αναγνώρισης κάποιας νόσου ή των παραγόντων κινδύνου της νόσου αυτής, προτού εμφανιστούν οι αντίστοιχες κλινικές εκδηλώσεις. Αυτό μπορεί να βελτιώσει την αποτελεσματικότητα της πρωτογενούς πρόληψης, η οποία αποσκοπεί στην πρόληψη εμφάνισης της νόσου σε ασθενείς χωρίς ανάλογες κλινικές ενδείξεις, μέσω της ταυτοποίησης των ατόμων υψηλού κινδύνου, τα οποία είναι πιθανό να ωφεληθούν από την έγκαιρη διάγνωση της νόσου.

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος όμως **έχει νόημα στις περιπτώσεις που η έγκαιρη διάγνωση (κατά την προσυμπτωματική φάση της νόσου) βελτιώνει την κλινική έκβαση της νόσου, συγκριτικά με το αν η διάγνωση θα γινόταν μετά την έναρξη της συμπτωματολογίας**. Με άλλα λόγια, στην προκειμένη περίπτωση των ασυμπτωματικών διαβητικών ασθενών, δεν αρκεί να βρεθεί πρώιμα ότι πάσχουν από ασυμπτωματική ΣΝ, αλλά και να αποδειχθεί ότι η πρώιμη διάγνωση θα οδηγήσει (με κάποια παρέμβαση) σε μείωση της νοσηρότητας ή θνησιμότητας των ατόμων αυτών (δηλαδή θα οδηγήσει σε μείωση του κινδύνου εμφάνισης π.χ. εμφραγμάτων μυοκαρδίου ή θανάτου από καρδιαγγειακά). Στη μεγαλύτερη μελέτη που έχει διεξαχθεί για το θέμα αυτό μέχρι σήμερα (μελέτη DIAD)<sup>1</sup>, ο προσυμπτωματικός έλεγχος για ύπαρξη ΣΝ σε 1123 διαβητικούς τύπου 2 χωρίς συμπτώματα ΣΝ, που τυχαιοποιήθηκαν να υποβληθούν σε φαρμακευτική δοκιμασία κόπωσης με αδενοσίνη με παράλληλη ραδιοϊσοτοπική απεικόνιση (σπινθηρογράφημα μυοκαρδίου μετά φαρμακευτική κόπωση με αδενοσίνη), σε σύγκριση με κανένα προσυμπτωματικό έλεγχο, δεν έδειξε κανένα όφελος μείωσης καρδιαγγειακών συμβαμάτων ή θανάτων στην ομάδα που τυχαιοποιήθηκε να ελεγχθεί προσυμπτωματικά. Το ίδιο αρνητικό αποτέλεσμα είχε μια παρόμοια μικρότερη μελέτη από τη Γαλλία σε 631 διαβητικούς (μελέτη DYNAMIT)<sup>2</sup>, καθώς και μια τρίτη Αμερικάνικη μελέτη, που εξέτασε το όφελος του προσυμπτωματικού ελέγχου για ΣΝ 900 διαβητικών ασθενών (τύπου 1 ή 2) χωρίς προηγούμενο καρδιαγγειακό νόσημα, οι οποίοι τυχαιοποιήθηκαν να υποβληθούν προληπτικά σε αξονική στεφανιογραφία (και να πάρουν θεραπεία ανάλογα

με τα ευρήματα) ή απλά να παρακολουθηθούν χωρίς προληπτική στεφανιογραφία (μελέτη FACTOR-64)<sup>3</sup>. Τα άτομα που ελέγχθησαν προληπτικά με αξονική στεφανιογραφία δεν είχαν κανένα όφελος όσον αφορά τη μείωση εμφραγμάτων ή θνητότητας από καρδιαγγειακά.

Αλλά και μελέτες οι οποίες εξέτασαν το όφελος επεμβατικής προσέγγισης (με αγγειοπλαστική των στεφανιαίων αρτηριών ή αορτοστεφανιαία παράκαμψη) μαζί με βέλτιστη φαρμακευτική αγωγή, διαβητικών ασθενών με σταθεροποιημένη ή ασυμπτωματική ΣΝ, σε σύγκριση με μόνο βέλτιστη φαρμακευτική αγωγή, απέτυχαν και αυτές να δείξουν όφελος για την επεμβατική προσέγγιση (μελέτες COURAGE και BARI-2D)<sup>4,5</sup>. Ο λόγος προφανώς είναι ότι η ΣΝ είναι μια πολυεστιακή, πολυαγγειακή, συστηματική νόσος και δεν περιορίζεται σε ένα μόνο σημείο του στεφανιαίου αγγειακού δικτύου. Έτσι η διάνοιξη ενός μόνο τμήματος μιας στεφανιαίας αρτηρίας δεν επιφέρει σπουδαία μείωση του κινδύνου για μελλοντικά συμβάματα ή θανάτους, ανεξάρτητα από τη βέλτιστη φαρμακευτική αγωγή θεραπείας των γνωστών παραγόντων κινδύνου ΣΝ (υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, υπεργλυκαιμία, παχυσαρκία, κάπνισμα, αντιαίμοπεταλιακή αγωγή).

Με βάση τα αποτελέσματα αυτά, δεν συνιστάται από τους διεθνείς Επιστημονικούς Οργανισμούς (Αμερικάνικη Διαβητολογική Εταιρεία, Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία, κ.λπ.)<sup>6</sup> ο προσυμπτωματικός έλεγχος για ύπαρξη ΣΝ σε ασυμπτωματικούς διαβητικούς ασθενείς (παρά μόνο αν παρουσιάζουν παθολογικό ΗΚΓ ηρεμίας ή άτυπα συμπτώματα ΣΝ). Αντίθετα, δίδεται έμφαση στην αντιμετώπιση-θεραπεία των γνωστών παραγόντων κινδύνου για την εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου με βέλτιστη φαρμακευτική αγωγή (για ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης, των λιπιδίων, της υπεργλυκαιμίας, αντιαίμοπεταλιακά φάρμακα), διακοπή του καπνίσματος και βέλτιστη υγιεινοδιαιτητική προσέγγιση για απώλεια βάρους και αύξηση της σωματικής δραστηριότητας.

Η Αμερικανική Καρδιολογική Εταιρεία (AHA) και το Αμερικανικό Κολλέγιο Καρδιολογίας (ACC) προτείνουν έλεγχο με δοκιμασία κοπώσεως σε ασυμπτωματικούς διαβητικούς ασθενείς μόνο όταν πρόκειται να ξεκινήσουν πρόγραμμα μέτριας ή αυξημένης έντασης άσκησης και εντάσσονται τουλάχιστον σε μία από τις παρακάτω κατηγορίες<sup>7</sup>:

- έχουν ηλικία μεγαλύτερη από 35 έτη,
- έχουν διάρκεια ΣΔ τύπου 2 που ξεπερνά τη δεκαετία,
- έχουν ΣΔ τύπου 1 τουλάχιστον από 15ετίας,
- έχουν οποιονδήποτε επιπλέον παράγοντα για εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου,
- παρουσιάζουν μικροαγγειακές επιπλοκές (αμφιβληστροειδοπάθεια ή νεφροπάθεια, συμπεριλαμβανομένης της μικροαλβουμινουρίας),
- περιφερειακή αγγειακή νόσο ή
- αυτόνομη νευροπάθεια.

Συμπερασματικά λοιπόν, ο ευρύτερος καρδιολογικός έλεγχος ασυμπτωματικών ασθενών με φυσιολογικό ΗΚΓ ηρεμίας δεν έχει δείχθει ότι οδηγεί στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων με κλινικό όφελος μεγαλύτερο από εκείνο που προσφέρει η επιβαλλόμενη αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου. Αυτό στηρίζεται στο ότι ακόμη και με την ανεύρεση βλαβών που οδηγούν σε επεμβατική θεραπευτική

(συνέχεια στη σελίδα 7)

## ΣΤΗΛΗ ΟΜΑΔΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

**Μαρία Δ. Σινανίδου**

Κλινική Ψυχολόγος – Ψυχοθεραπεύτρια

### Καρδιαγγειακή Νόσος και ψυχολογικά θέματα σεξουαλικής δραστηριότητας - Η Αναγκαιότητα της Συμβουλευτικής Καθοδήγησης

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σεξουαλική δραστηριότητα είναι ένα πολύ σημαντικό κομμάτι της σχέσης που βοηθά στη διατήρηση της επαφής και της σύνδεσης με τον σύντροφο. Η ερωτική λειτουργία είναι αναπόσπαστο τμήμα της ζωής και της αναπαραγωγής, γι' αυτό και ενδιαφέρει κάθε άνθρωπο. Η ερωτική συνεύρεση είναι το ουσιαστικότερο μέρος της ερωτικής λειτουργίας, η οποία πολλές φορές διαταράσσεται από την ύπαρξη καρδιαγγειακής νόσου. Ο βασικότερος λόγος της διαταραχής αυτής οφείλεται στο άγχος, το στρες και στο φόβο του κάθε ατόμου που γνωρίζει το πρόβλημά του. Η καρδιαγγειακή νόσος αυτή καθεαυτή, ακόμα και η στεφανιαία νόσος δεν επηρεάζει τη στυτική λειτουργία. Αντίθετα, όταν υπάρχει εκτεταμένη αθηροσκληρωτική προσβολή των τοιχωμάτων της αορτής και ιδιαίτερα των αγγείων που αιματώνουν τα αγγεία των γεννητικών οργάνων, τότε υπάρχει πρόβλημα στύσεως. Οι αθηροσκληρωτικές αυτές βλάβες μπορεί να προηγούνται ή να έπονται της προσβολής των στεφανιαίων αρτηριών από αθηροσκλήρωση. Αναμφισβήτητα, η ερωτική συνεύρεση μπορεί να οδηγήσει σε αρρυθμίες, ισχαιμία ή έμφραγμα του μυοκαρδίου. Όμως, αυτό δεν είναι το συνηθισμένο. Το σύνθημα είναι οι ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο να έχουν φυσιολογική ερωτική ζωή. Αποτελεί κοινή καρδιολογική πεποίθηση ότι ο κάθε ασθενής με καρδιαγγειακή νόσο ανεξάρτητα από το είδος της πάθησής του και εφόσον είναι ασυμπτωματικός και οι βασικές καρδιολογικές εξετάσεις του (δοκιμασία κόπωσης – Holter ρυθμού – ηλεκτροκαρδιογράφημα) είναι καλές, πρέπει να συμπεριφέρεται όπως ο κάθε φυσιολογικός άνθρωπος. Ειδικότερα, όταν υπάρχουν και καταγράφονται ειδικής μορφής αρρυθμίες, όπως π.χ. κοιλιακές ταχυκαρδίες, βραδυκαρδίες, κολπική μαρμαρυγή, κολποκοιλιακοί αποκλεισμοί κ.λπ., πρέπει να αντιμετωπίζονται θεραπευτικά για να αισθάνεται ο κάθε ασθενής ασφαλέστερα<sup>1</sup>.

#### ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ ΤΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟΣ

Το άγχος και η κατάθλιψη θα πρέπει να αξιολογείται σε ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο όσον αφορά στη σεξουα-

λική δραστηριότητα. Το άγχος και η μειωμένη σεξουαλική λειτουργία ή δραστηριότητα είναι συνδεδεμένα συχνά σε ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο. Σε ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο, καρδιακή ανεπάρκεια, στεφανιαία νόσο, καρδιακή μεταμόσχευση, κ.λπ., η συχνότητα της σεξουαλικής δραστηριότητας και ικανοποίησης συχνά μειώνεται λόγω του άγχους του ασθενή ή του συντρόφου του, ότι η σεξουαλική δραστηριότητα θα επιδεινώσει την υποκείμενη καρδιακή πάθηση ή θα προκαλέσει το θάνατο. Οι αλλαγές στη σεξουαλική δραστηριότητα μετά από καρδιακό επεισόδιο μπορεί να επηρεάσουν την ποιότητα της ζωής του ασθενούς, να επηρεάσουν αρνητικά την ψυχολογική υγεία και τις συζυγικές ή άλλες σημαντικές προσωπικές του σχέσεις, οι οποίες με τη σειρά τους μπορεί να οδηγήσουν σε κατάθλιψη και άγχος. Η προκύπτουσα κατάθλιψη μπορεί να είναι ένας σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει στους άνδρες και στις γυναίκες σε σεξουαλικά προβλήματα, συμπεριλαμβανομένων της μειωμένης λίμπιντο, δυσκολία στη διέγερση, οργασμό και δυσπαρευνία<sup>2</sup>. Τα άτομα που έχουν υποστεί καρδιακή προσβολή είναι συχνά σκεπτικά και ανήσυχα να έρθουν σε σεξουαλική επαφή. Η έρευνα έχει δείξει ότι η σεξουαλική δραστηριότητα μειώνεται συχνά λόγω του φόβου ότι μπορεί να προκαλέσει μια άλλη καρδιακή προσβολή, οδηγώντας ενδεχομένως και στο θάνατο. Μια καρδιακή προσβολή είναι ένα δραματικό γεγονός και προκαλεί ένα σοβαρό κλονισμό της πορείας της ζωής. Οι αλλαγές μετά από ένα τέτοιο γεγονός μπορούν να έχουν θετικές και αρνητικές επιδράσεις. Σε μερικές περιπτώσεις μπορούν να επιδράσουν θετικά με μεταβολή του τρόπου ζωής σε πιο υγιή διατροφικά πλαίσια<sup>3</sup>. Σύμφωνα με πρόσφατα στατιστικά δεδομένα που δημοσιεύτηκαν από επίσημο βρετανικό φορέα, η σεξουαλική δραστηριότητα είναι αδύνατη για έναν στους πέντε καρδιοπαθείς. Συγκεκριμένα, από τα 1.500 άτομα με καρδιαγγειακά προβλήματα που ρωτήθηκαν, το 32% ανέφερε ότι είχε πλέον σεξουαλικές επαφές σε αραιά χρονικά διαστήματα, ενώ το 19% δήλωσε την πλήρη διακοπή της σεξουαλικής δραστηριότητας σαν αποτέλεσμα του προβλήματος υγείας. Ένας στους πέντε ερωτηθέντες, μάλιστα, εξέφρασε το φόβο να πάθει καρδιακή προσβολή ή ανακοπή κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής πράξης. Εάν αναλογιστεί κάποιος ότι μόνο στο Ηνωμένο Βασίλειο το ποσοστό των ατόμων που υποφέρουν από καρδιαγγειακά νοσήματα ξεπερνά τα 7 εκατομμύρια, φτάνει εύκολα στο συμπέρασμα ότι είναι μάλλον πολύ μεγάλος ο αριθμός των καρδιοπαθών που δεν είναι σεξουαλικά ενεργοί. Οι ειδικοί τονίζουν πως σαφώς ο λόγος διακοπής της σεξουαλικής δραστηριότητας των ασθενών, δεν είναι μόνο οι φυσικές επιπτώσεις που έχουν τα καρδιακά νοσήματα. Το 14% αποκάλυψε ότι η συναισθηματική επίδραση της κατάστασης της υγείας του ήταν αυτή που τον έκανε να χάσει το ενδιαφέρον του για το σεξ, ενώ το 5% ανέφερε ότι οι ουλές από το χειρουργείο δεν του επέτρεπαν να νιώθει σεξουαλικά ελκυστικός. Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση ενός 36χρονου, ο οποίος έπαθε καρδιακή προσβολή την ημέρα των Χριστουγέννων του 2011 και από τότε δυσκολεύεται να έχει σεξουαλική επαφή με τη σύζυγό του. Ο ίδιος αναφέρει

ότι μετά την καρδιακή προσβολή η σεξουαλική πράξη δεν μπορούσε να είναι αυθόρμητη. Έπρεπε να την προγραμματίσει, έτσι ώστε να σκέφτεται τι θα φορέσει για να καλύψει τις ουλές και τις μελανιές. Ο νεαρός άνδρας αναγνωρίζει τη σημασία της σεξουαλικής δραστηριότητας σε μια σχέση, καθώς και την επίπτωση που είχε η φυσική του απομάκρυνση στη σχέση του με τη σύζυγό του και παροτρύνει όλους τους καρδιοπαθείς να ζητήσουν βοήθεια από ειδικό το συντομότερο δυνατό, έτσι ώστε να έχουν ξανά μια φυσιολογική σεξουαλική ζωή<sup>4</sup>.

### Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗΣ

Ο ασθενής και η σύζυγος /σύντροφος χρειάζονται την παροχή συμβουλών από υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, είναι χρήσιμες για να βοηθήσουν στην επανάληψη της σεξουαλικής δραστηριότητας μετά από ένα οξύ καρδιακό επεισόδιο, νέα διάγνωση καρδιαγγειακής νόσου. Αν και η σεξουαλική συμβουλευτική των ασθενών και των συντρόφων τους με καρδιαγγειακή νόσο είναι ένα σημαντικό συστατικό της ανάκτησης τους, συμβαίνει να είναι σπάνια η παροχή της με πιθανούς λόγους για αυτό, την έλλειψη εμπειρίας, άνεσης ή ανεπαρκείς γνώσεις για συζητήσεις σχετικά με σεξουαλικά ζητήματα και θέματα που αφορούν τη σεξουαλική δραστηριότητα και την καρδιαγγειακή νόσο και τον περιορισμένο χρόνο. Μελέτες δείχνουν ότι οι περισσότεροι ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο (και οι σύντροφοί τους) έχουν ανεπαρκή εκπαίδευση για το θέμα αυτό από υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, και την επιθυμία για περισσότερες πληροφορίες

για το πώς να επαναλάβουν με τους συντρόφους την κανονική σεξουαλική δραστηριότητα τους. Μια συζήτηση σχετικά με την σεξουαλική δραστηριότητα είναι κατάλληλη για άνδρες και γυναίκες όλων των ηλικιών που έχουν καρδιαγγειακή νόσο. Ερωτηματολόγια μπορεί να χρησιμοποιηθούν για να διευκολύνουν τη διεξαγωγή συζήτησης των σεξουαλικών θεμάτων. Γενικές προτάσεις για τον ασθενή μπορεί να περιλαμβάνουν η αποφυγή ξένου περιβάλλοντος και βαριών γευμάτων ή αλκοόλ πριν τη σεξουαλική δραστηριότητα, και χρησιμοποίηση μιας θέσης που δεν περιορίζει την αναπνοή κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας. Τυχαίοποιημένες μελέτες έχουν αποδείξει ότι οι σεξουαλικές συμβουλές σε ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο οδηγούν σε αύξηση της γνώσης, μια υψηλότερη πιθανότητα επιστροφής στη σεξουαλική δραστηριότητα, στη βελτίωση της σεξουαλικής επιθυμίας, ικανοποίησης, αύξησης της εμπιστοσύνης και μειωμένο φόβο στην προσπάθεια επανέναρξης της σεξουαλικής δραστηριότητας<sup>2</sup>. Οι ειδικοί επισημαίνουν πως η καθοδήγηση, η υποστήριξη και η συμβουλευτική σχετικά με τη σεξουαλική δραστηριότητα και υγεία έχουν μεγάλη σημασία για τους ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο, άλλα και για τους συντρόφους τους, οι οποίοι είναι επίσης πολύ ανήσυχοι για την επανέναρξη της σεξουαλικής τους δραστηριότητας. Παράλληλα, είναι καθυστερημένοι και τονίζουν ότι μια καρδιακή προσβολή δε σημαίνει το τέλος της σεξουαλικής ζωής. Υποστηρίζουν μάλιστα, ότι η επιστροφή στη σεξουαλική δραστηριότητα με τις απαραίτητες προφυλάξεις, συμβάλει στο πολύ σημαντικό, συναισθηματικό κομμάτι της διαδικασίας αποκατάστασης<sup>5</sup>.



### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. InCardiology.gr, Σεξ και Καρδιοπάθειες, 2015.
2. Levine G, Steinke E, Bakaeen F, et al. Sexual Activity and Cardiovascular Disease, American Heart Association, 2012, <http://circ.ahajournals.org/content/125/8/1058.full#sec-28>, 2015.
3. InCardiology.gr, Καρδιά και Σεξ, <http://www.incardiology.gr/>, 2015.
4. Κωνσταντινίδης Κ. Γιατί ένας στους πέντε Βρετανούς καρδιοπαθείς σταματά το σεξ, [www.andrologia.gr](http://www.andrologia.gr/), 2015.
5. Παλλαντζάς Θ. Πόσο επικίνδυνη είναι η σεξουαλική πράξη για τους καρδιοπαθείς, [www.andrologia.gr](http://www.andrologia.gr/), 2014.

## ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΑ ΑΡΘΡΑ - ΣΧΟΛΙΑ

### Επιμέλεια:

#### Χρήστος Μιχαλακάς

Καρδιολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Β' Καρδιολογικής Κλινικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

#### Λουκιανός Ραλλίδης

Αναπληρωτής Καθηγητής Καρδιολογίας, Β' Καρδιολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

### Επίπεδα λιποπρωτεΐνης (α) και ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο

Nave AH, Lange KS, Leonards CO, et al.

*Atherosclerosis* 2015;242:496-503.

Η σχέση της λιποπρωτεΐνης (α) [Lp(a)] με την αθηροσκλήρωση είναι γνωστή, αλλά ο ρόλος της ως παράγοντα κινδύνου για ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) παραμένει ασαφής. Οι συγγραφείς προέβησαν σε μετα-ανάλυση μελετών προκειμένου να αξιολογήσουν τη σχέση της Lp(a) με την εμφάνιση ΑΕΕ.

Στη μετα-ανάλυση αυτή αξιολογήθηκαν δεδομένα από 20 μελέτες με αναφορά σε Lp(a) και ΑΕΕ, τα οποία είχαν διαχωριστεί σε ισχαιμικά και αιμορραγικά. Αναγνωρίστηκαν συνολικά 90.904 συμμετέχοντες και 5.029 καταγεγραμμένα ισχαιμικά ΑΕΕ.

Φάνηκε ότι η παρουσία αυξημένων επιπέδων Lp(a) σχετίζεται με σχετικό κίνδυνο 1,29 για εμφάνιση ισχαιμικού ΑΕΕ σε σύγκριση με συμμετέχοντες με χαμηλά επίπεδα Lp(a). Αν και ο πληθυσμός των μελετών ήταν ετερογενής, υπολογίσθηκε ότι ο σχετικός κίνδυνος για εμφάνιση ΑΕΕ σε σχέση με τα επίπεδα της Lp(a) ήταν μεγαλύτερος σε άτομα ηλικίας <55 ετών.

- Οι συγγραφείς συμπεραίνουν ότι τα αυξημένα επίπεδα Lp(a) αποτελούν ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για εμφάνιση ισχαιμικού ΑΕΕ, ιδιαίτερα σε άτομα νεαρής ηλικίας.

### Αποτελεσματικότητα της μακροχρόνιας χορήγησης αλιροκουμάμπης σε ασθενείς με ετερόζυγο οικογενή υπερχοληστερολαιμία

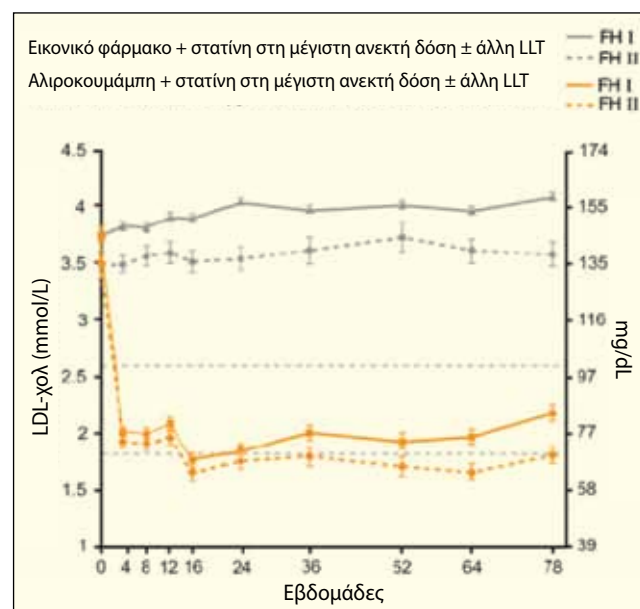
Kastelein JJ, Ginsberg HN, Langslet G, et al.

*Eur Heart J* 2015;36:2996-3003.

Η οικογενής υπερχοληστερολαιμία (FH) αποτελεί μια σχετικά συχνή γενετική διαταραχή του μεταβολισμού της χοληστερόλης που κληρονομείται με αυτοσωματικό επικρατούντα

χαρακτήρα. Οι ετεροζυγώτες γεννιούνται με υψηλά επίπεδα χοληστερόλης (>280-300 mg/dL) και επειδή εκτίθενται στην αθηρογόνο δράση της από τη γέννησή τους διατρέχουν πολύ μεγάλο κίνδυνο ανάπτυξης στεφανιαίας νόσου μετά από 4-5 δεκαετίες. Ο κίνδυνος αυτός μετριάζεται με τη χορήγηση στατίνης από μικρή ηλικία. Όμως στις περισσότερες περιπτώσεις, ακόμη και με τη μέγιστη ανεκτή δόση στατίνης + εξετιμίμπη, δεν επιτυγχάνεται ο στόχος της LDL-χολ (<100 mg/dL για μη στεφανιαίους και <70 mg/dL για στεφανιαίους ασθενείς). Μεγάλες προσδοκίες έχουν επενδυθεί στους αναστολείς της proprotein convertase subtilisin/kexin type 9 (PCSK9) λόγω της μεγάλης ελάττωσης της LDL-χολ που επιτυγχάνουν.

Σε μια πρόσφατη δημοσίευση ανακοινώθηκε η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια χορήγησης για 78 εβδομάδες του μονοκλωνικού αντισώματος αλιροκουμάμπη, ενός αναστολέα της PCSK9, σε ασθενείς με ετερόζυγο FH οι οποίοι ελάμβαναν υπολιπιδαιμική αγωγή. Περιελήφθησαν αποτελέσματα από 2 διπλές τυφλές μελέτες, την ODYSSEY FH I και την ODYSSEY FH II. Οι δύο αυτές μελέτες τυχαιοποίησαν συνολικά 735 ασθενείς με ετερόζυγο FH, οι οποίοι ελάμβαναν τη μέγιστη ανεκτή δόση στατίνης ± εξετιμίμπη, σε αλιροκουμάμπη ή εικονικό φάρμακο με αναλογία 2:1. Περίπου το 40% των ασθενών είχαν στεφανιαία νόσο και η μέση αρχική τιμή της LDL-χολ ήταν ~140 mg/dL. Η αλιροκουμάμπη χορηγήθηκε αρχικά σε δόση 75 mg/2 εβδομάδες και στη συνέχεια αυξήθηκε σε 150 mg/2 εβδομάδες, αν τα επίπεδα της LDL-χολ ήταν ≥70 mg/dL κατά τη 12<sup>η</sup> εβδομάδα. Μετά από 24 εβδομάδες θεραπείας με αλιροκουμάμπη παρατηρήθηκε μια μέση ελάττωση της LDL-χολ κατά ~55% (Εικόνα 1) και το ~65% των ασθενών πέτυχε επίπεδα LDL-χολ <70 mg/dL. Η αποτελεσματικότητα της αλιροκουμάμπης διήρκεσε έως την 78<sup>η</sup>



ΕΙΚΟΝΑ 1. Επίπεδα LDL-χολ κατά τη χορήγηση της αλιροκουμάμπης για 78 εβδομάδες (LLT=Lipid-Lowering Therapy)

εβδομάδα θεραπείας με ποσοστό ανεπιθύμητων ενεργειών αντίστοιχο με εκείνο της ομάδας ελέγχου, με μόνη εξαίρεση το ελαφρά υψηλότερο ποσοστό ήπιων τοπικών αντιδράσεων στην περιοχή της ένεσης.

- ▶ Από τη μελέτη αυτή φαίνεται ότι η αλιροκουμάμπη αποτελεί μια υποσχόμενη υπολιπιδαιμική αγωγή σε ασθενείς με ετερόζυγο FH και ανεπαρκή έλεγχο λιπιδίων παρά τη λήψη στατίνης + εζετιμίμπη. Η χορήγησή της επιφέρει σημαντική ελάττωση των επιπέδων της LDL-χολ και μεγάλο ποσοστό των ασθενών επιτυγχάνει το στόχο της LDL-χολ. Αυτό που μένει να διερευνηθεί μέσα από τις μελέτες κλινικών συμβαμάτων που βρίσκονται σε εξέλιξη, είναι αν η μεγάλη ελάττωση της LDL-χολ συνοδεύεται από κλινικό όφελος.

### Σχέση της HDL-χολ και της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης με τη θνητότητα ασθενών με στεφανιαία νόσο

Ogita M, Miyauchi K, Tsuboi S, et al.

Am J Cardiol 2015;116:999-1002.

Παρά την ελάττωση της LDL-χολ με τη χορήγηση στατινών παραμένει υπολειπόμενος καρδιαγγειακός κίνδυνος για τους

ασθενείς. Η HDL-χολ σχετίζεται αντίστροφα με την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου (ΣΝ), ενώ η C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP) αποτελεί δείκτη φλεγμονής που επηρεάζει αρνητικά την προστατευτική επίδραση της HDL-χολ στην αθηροσκληρωτική διαδικασία. Εντούτοις, η επίδραση της φλεγμονής στη σχέση της HDL-χολ με τη μακροπρόθεσμη πρόγνωση ασθενών με ΣΝ υπό αγωγή με στατίνη δεν είναι σαφής.

Οι ερευνητές συγκέντρωσαν δεδομένα από 1.682 ασθενείς με ΣΝ που είχαν υποβληθεί σε αγγειοπλαστική και ελάμβαναν αγωγή με στατίνη. Οι συμμετέχοντες διαστρωματώθηκαν σε 4 ομάδες ανάλογα με τα επίπεδα της HDL-χολ (διαχωριστικά επίπεδα: 40 και 50 mg/dL για άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα) και της CRP (διαχωριστικά επίπεδα: 2 mg/dL).

Μετά από χρονικό διάστημα περίπου 5,5 ετών καταγράφηκαν 197 θάνατοι από διάφορες αιτίες (58 από καρδιακά αίτια, 61 από κακοήθειες, 10 από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και 69 από άλλα αίτια). Η ανάλυση των μετρήσεων της CRP και της HDL-χολ έδειξε ότι ασθενείς που βρίσκονταν στο τεταρτημόριο με αυξημένα επίπεδα CRP και χαμηλά επίπεδα HDL-χολ είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα θανάτου από οποιαδήποτε αιτία μετά από ομαλοποίηση για άλλες παραμέτρους (λόγος κινδύνου 2,38).

- ▶ Οι ερευνητές καταλήγουν ότι ο συνδυασμός χαμηλής HDL-χολ με αυξημένη CRP σχετίζεται με δυσμενέστερη μακροπρόθεσμη πρόγνωση ασθενών με ΣΝ που λαμβάνουν στατίνη μετά από αγγειοπλαστική.

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

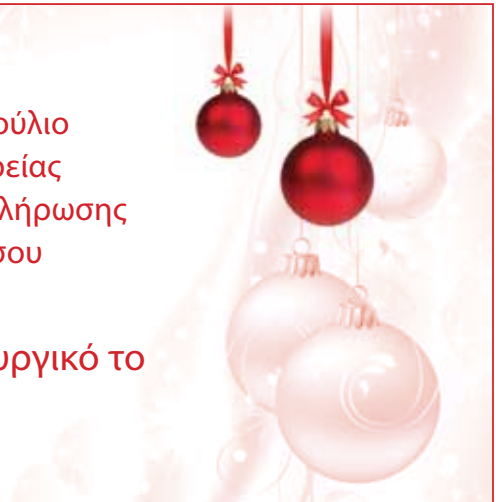
<http://www.eelia.gr>

Η ηλεκτρονική διεύθυνση της Γραμματείας της Εταιρείας μας είναι:

[lipid\\_athero@yahoo.gr](mailto:lipid_athero@yahoo.gr)



Το Διοικητικό Συμβούλιο  
της Ελληνικής Εταιρείας  
Λιπιδιολογίας, Αθηροσκλήρωσης  
και Αγγειακής Νόσου  
σας εύχεται  
Ευτυχισμένο & Δημιουργικό το  
**2016**



(συνέχεια από τη σελίδα 2)

παρέμβαση, δεν φαίνεται να αποκομίζουν οι ασυμπτωματικοί ασθενείς πρόσθετα οφέλη σε σχέση με εκείνα που θα είχαν χωρίς παρέμβαση, αλλά με επιθετική αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου. Κατά συνέπεια, δεν συνιστάται η διενέργεια προληπτικών καρδιολογικών εξετάσεων (π.χ. προληπτικών δοκιμασιών κοπώσεως, μέτρηση σκωρ ασβεστίου των στεφανιαίων αρτηριών, ή ακόμα και αξονικών στεφανιογραφιών) σε ασυμπτωματικούς ασθενείς, που δυστυχώς γίνονται μερικές φορές άσκοπα για την προσυμπτωματική διάγνωση της στεφανιαίας νόσου.

### ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Δεδομένου ότι οι παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη ΣΝ στον διαβήτη είναι οι ίδιοι με τους μη-διαβητικούς ασθενείς (ηλικία, κάπνισμα, αρτηριακή υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, παχυσαρκία, καθιστική ζωή, οικογενειακό ιστορικό πρώιμης ΣΝ, υπερπηκτικότητα, κ.λπ.), μαζί με τη συμβολή επιπροσθέτως της υπεργλυκαιμίας, η πρόληψη ανάπτυξης της ΣΝ στηρίζεται στην αντιμετώπιση/ρύθμιση όλων των παραγόντων αυτών. Ειδικά για την υπεργλυκαιμία, η επίδρασή της στην εμφάνιση και εξέλιξη της διαβητικής μακροαγγειοπάθειας έχει καταδειχθεί επιδημιολογικά, αλλά σε μελέτες παρέμβασης, η μείωση της HbA1c δεν συνοδεύεται από ανάλογη μείωση της συχνότητας των μακροαγγειοπαθολογικών εκδηλώσεων. Μόνο στη μελέτη UKPDS, η πολύ πρώιμη ρύθμιση του σακχάρου σε νεοδιαγνωσμένους διαβητικούς μείωσε τις μακροαγγειακές επιπλοκές και τη θνησιμότητα, αλλά σε βάθος 25-ετίας<sup>8</sup>.

Συμπερασματικά λοιπόν, η στρατηγική αντιμετώπισης της στεφανιαίας νόσου στον σακχαρώδη διαβήτη είναι πολυεπίπεδη και πολυπαραγοντική. Δεν εξαντλείται μόνο στην άριστη γλυκαιμική ρύθμιση, αλλά περιλαμβάνει οδηγίες, συμβουλές

και εκπαίδευση του διαβητικού ασθενούς, όπως επίσης και ορθά επιλεγμένη φαρμακευτική – και όχι μόνο – αντιμετώπιση των διαφόρων παραγόντων κινδύνου και των πιθανών επιπλοκών που προκαλούνται από τη ΣΝ.

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Young LH, Wackers FJT, Chyun DA, et al. Cardiac Outcomes After Screening for Asymptomatic Coronary Artery Disease in Patients With Type 2 Diabetes. The DIAD Study: A Randomized Controlled Trial. *JAMA* 2009; 301:1547-55.
2. Lièvre MM, Moulin P, Thivolet C, et al, DYNAMIT investigators. Detection of silent myocardial ischemia in asymptomatic patients with diabetes: results of a randomized trial and meta-analysis assessing the effectiveness of systematic screening. *Trials* 2011; 12:23. Epub 2011 Jan 26.
3. Muhlestein JB, Lappé DL, Lima J, et al. Effect of Screening for Coronary Artery Disease Using CT Angiography on Mortality and Cardiac Events in High-Risk Patients With Diabetes. The FACTOR-64 Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2014; 312:2234-43.
4. Boden WE, O'Rourke RA, Teo KK, et al, for the COURAGE Trial Research Group. Optimal Medical Therapy with or without PCI for Stable Coronary Disease. *N Engl J Med* 2007; 356:1503-16.
5. The BARI 2D Study Group. A Randomized Trial of Therapies for Type 2 Diabetes and Coronary Artery Disease. *N Engl J Med* 2009; 360:2503-15.
6. American Diabetes Association, Cardiovascular disease and risk management. *Diabetes Care* 2015; 38(Suppl 1):S49-S57.
7. Marwick TH, Hordern MD, Miller T, et al. Exercise training for type 2 diabetes mellitus: impact on cardiovascular risk: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2009; 119:3244-62.
8. Holman RR, Paul SK, Bethel MA, Matthews DR, Neil HAW. 10-year follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2008; 359:1577-89.

## Προσεχή Ελληνικά και Διεθνή Συνέδρια

### ▶ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΛΙΠΙΔΙΟΛΟΓΙΑΣ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ Εκπαιδευτικά Σεμινάρια:

- Προλαμβάνοντας τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Δύσκολες κλινικές περιπτώσεις  
31 Μαρτίου 2016, Αθήνα, Ξενοδοχείο Divani Caravel
- Παράγοντες κινδύνου και Καρδιαγγειακή Νόσος 2016  
19-22 Μαΐου 2016, Μονεμβάσια, Ξενοδοχείο Lazaretto
- Προλαμβάνοντας τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Δύσκολες κλινικές περιπτώσεις  
29 Σεπτεμβρίου – 2 Οκτωβρίου 2016, Σύρος

### ▶ 12<sup>ο</sup> ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ με διεθνή συμμετοχή ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ 10-12 Μαρτίου 2016, Macedonia Palace Hotel

### ▶ 19<sup>ο</sup> ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΛΙΠΙΔΙΟΛΟΓΙΑΣ, ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ 13-15 Οκτωβρίου 2016, Αθήνα, Ξενοδοχείο Divani Caravel

## ΕΠΙΦΥΛΛΙΔΑ

### Δημήτρης Ρίχτερ, MD, FESC, FAHA

Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Λιπιδιολογίας, Αθηροσκλήρυνσης και Αγγειακής Νόσου  
Διευθυντής Β' Καρδιολογικής Κλινικής, Ευρωκλινική Αθηνών

## Φαρμακευτικές εξελίξεις στην Καρδιολογία την τελευταία πενταετία

Η μείωση στη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελεί το *success story* της Ιατρικής. Οι ειδικοί αποδίδουν την τεράστια βελτίωση στα καρδιαγγειακά στον περιορισμό του καπνίσματος, στον έλεγχο της χοληστερόλης με τις στατίνες, στην καλύτερη ρύθμιση της υπέρτασης με προηγμένες φαρμακευτικές θεραπείες, στις προόδους στην επεμβατική καρδιολογία, κ.λπ.

Η τελευταία πενταετία δεν υστέρησε σε καλά νέα, ενώ ακόμα περισσότερα αναμένονται στα χρόνια που έρχονται.

Σίγουρα τα πιο **καινοτόμα φάρμακα** της τελευταίας πενταετίας στην καρδιολογία είναι τα νεότερα από του στόματος αντιπηκτικά. Τα φάρμακα αυτά είναι πολύ πιο εύχρηστα, δεν χρειάζονται μετρήσεις για τη ρύθμιση των επιπέδων τους, δεν επηρεάζονται από τη τροφή και μειώνουν τις εγκεφαλικές αιμορραγίες σε σημαντικό βαθμό συγκριτικά με τη βαρφαρίνη. Νεότερες μελέτες δείχνουν πως ένα εξ αυτών, η ριβαροξαμπάνη, μπορεί να χρησιμοποιηθεί και μετά από έμφραγμα σε συνδυασμό με τα γνωστά αντιαιμοπεταλιακά.

Στην **υπέρταση** η πιο σημαντική εξέλιξη ήταν ο τριπλός συνδυασμός φαρμάκων, που αυξάνει σημαντικά τη συμμόρφωση των ασθενών οι οποίοι χρειάζονται πολλά φάρμακα για να ρυθμίσουν την πίεσή τους. Οι μελέτες για την επεμβατική αντιμετώπιση της υπέρτασης προς το παρόν δεν επιβεβαίωσαν την αρχική αισιοδοξία που μας είχαν δώσει.



Στα λιπίδια σημαντική είναι η μελέτη **IMPROVE-IT**, η οποία είναι η πρώτη μελέτη που δείχνει καρδιαγγειακό όφελος με ένα φάρμακο (εζετιμίμη), που δεν ανήκει στην κατηγορία των στατινών. Νεότερα καινοτόμα φάρμακα που θα μπορούσαν να είναι καταλυτικά στην αντιμετώπιση της αθηρωματικής νόσου είναι οι αναστολείς της PCSK9. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν η εβολουκουμάμη και η αλιροκουμάμη, χορηγούνται με υποδόρια ένεση 1 ή 2 φορές το μήνα, μειώνουν την LDL-χοληστερόλη κατά 50-60% και συγχωρηγούνται με τα άλλα υπολιπιδαιμικά φάρμακα. Οι αναστολείς της PCSK9 έχουν εγκριθεί από τις ρυθμιστικές αρχές, ενώ σύντομα αναμένονται οι επονομαζόμενες μελέτες συμβάντων.

Μία άλλη σημαντική εξέλιξη της τελευταίας πενταετίας είναι η **κυκλοφορία νέων συνδυασμών φαρμάκων** και για τη μικτή δυσλιπιδαιμία, όπως οι συνδυασμοί στατίνης (σιμβαστατίνης και πραβαστατίνης) με φενοφιβράτη και σύντομα αναμένουμε συνδυασμό στατίνη-ανταγωνιστής ασβεστίου σε ένα χάπι καθώς και το πρώτο πολυχάπι (ασπιρίνη, στατίνη, α-MEA)

Και μετά, ήταν το πρώτο φάρμακο για την καρδιακή ανεπάρκεια, το **ENTRESTO** (διπλός αναστολέας υποδοχένων νεπριλυσίνης [sacubitril] και αγγειοτενσίνης [βαλσαρτάνη]) το οποίο συγκρίθηκε όχι σε συνδυασμό αλλά απέναντι στην υπάρχουσα καθιερωμένη θεραπεία με εναλαπρίλη στις υπάρχουσες θεραπείες και δείχνει να έχει σημαντική υπεροχή. Το φάρμακο αυτό αναμένεται σύντομα στην κυκλοφορία.



### ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ-ΕΚΔΟΤΗΣ:

Ελληνική Εταιρεία Λιπιδιολογίας, Αθηροσκλήρωσης και Αγγειακής Νόσου

Επίτιμος Πρόεδρος: **Γ. Τσιτούρης†**

### Διοικητικό Συμβούλιο

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

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

### OWNER:

Hellenic Society of Lipidology, Atherosclerosis and Vascular Disease

Honorary President: **G. Tsitouris†**

### Executive Committee

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

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