



2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice

The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts)

Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR)

Τα πρόσφατα ευρωπαϊκά guidelines για την πρόληψη των καρδιαγγειακών νόσων (2016) έχουν αναμφίβολα πολλά θετικά νέα στοιχεία, χρήσιμα για την καθημερινή κλινική πράξη, αλλά και για τις πολιτικές υγείας που πρέπει να ακολουθηθούν για την προστασία των πολιτών.

1

Η έμφαση που δίνουν

στη διακοπή του καπνίσματος, στη σωματική δραστηριότητα, στη διατροφή και την καταπολέμηση της παχυσαρκίας, στην ανθρώπινη και πολύπλευρη προσέγγιση του αρρώστου και τις αναγκαίες παρεμβάσεις στο κοινωνικό περιβάλλον, είναι ιδιαίτερα ικανοποιητική.

Οι οδηγίες για την υπέρταση επίσης είναι αντικειμενικές και χρήσιμες, απορρίπτοντας τα χαμηλότερα θεραπευτικά όρια που προτείνει η μελέτη SPRINT.

Υπάρχουν όμως και σημαντικές αδυναμίες, όπως η μεγάλη έκταση του κειμένου, ο μη σαφής καθορισμός προτεραιοτήτων και η ιδιαίτερα επιθετική φαρμακευτική αντιμετώπιση της υπερχοληστερολαιμίας, την οποία καμιά ευρωπαϊκή χώρα δεν εφαρμόζει. Δυστυχώς θα μπορούσε κανείς να ισχυρισθεί πως και σε αυτά τα guidelines,

τουλάχιστον στο κεφάλαιο των λιπιδίων, είναι εμφανής η επίδραση των οικονομικών εξαρτήσεων

μερικών από τους 26 συγγραφείς από τις φαρμακευτικές εταιρείες.

Η ελληνική πραγματικότητα στην Πρόληψη με βάση τις πρόσφατες, αλλά και παλαιότερες οδηγίες είναι τραγική. Πολιτικές υγείας προστασίας του πληθυσμού από τα καρδιαγγειακά επεισόδια πρακτικά δεν υπήρξαν. Η έμφαση δόθηκε στις προληπτικές εξετάσεις και όχι στα προληπτικά μέτρα και η βιαστική και υπερβολική φαρμακευτική αγωγή είναι ο κανόνας, σε αντίθεση με τις ευρωπαϊκές οδηγίες, ακόμα και εκείνες που αφορούν την υπερχοληστερολαιμία. Αυτό είχε ως συνέπεια τις τελευταίες δεκαετίες, παρά την τεράστια σπατάλη οικονομικών πόρων που προηγήθηκε, να υπάρξει **στασιμότητα**

τα στους καρδιαγγειακούς θανάτους στη χώρα μας, ενώ σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες μειώθηκαν κατά 50%!

Έτσι η χώρα μας μέσα σε τρεις δεκαετίες βρέθηκε από τις καλύτερες στις χειρότερες θέσεις στην κατάταξη σε αυτόν το τομέα. Δυστυχώς τα χιλιάδες ιατρικά μας συνέδρια φαίνεται να έχουν ως κύρια αποστολή την προώθηση κάθε νέας και ακριβής φαρμακευτικής αγωγής, ακόμα και τώρα σε περίοδο σοβαρής οικονομικής κρίσης και όχι την ορθολογική εκπαίδευση στην πρόληψη και θεραπεία.

Οι πρόσφατες ευρωπαϊκές οδηγίες, παρά τις αδυναμίες τους, μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά στην απαραίτητη αλλαγή της ελληνικής ζοφερής πραγματικότητας στην πρόληψη.

Ο συνολικός καρδιαγγειακός κίνδυνος

Πριν γίνει οποιαδήποτε προληπτική σύσταση ή παρέμβαση, οι οδηγίες συστήνουν τον υπολογισμό του συνολικού καρδιαγγειακού κινδύνου κάθε ατόμου. Αν λάβουμε υπόψη μας τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας (WHO) στον οποίο παραπέμπουν τα guidelines, οι σημαντικότεροι κίνδυνοι πρόωρου θανάτου είναι για τη χώρα μας κατά σειρά σπουδαιότητας:

1.Κάπνισμα, 2.Υπέρταση, 3.Διαβήτης, 4.Έλλειψη σωματικής δραστηριότητας, 5.Παχυσαρκία, 6.Υπερχοληστερολαιμία.

2

Θα πρέπει να σημειωθεί πως η παχυσαρκία, εκτός από ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου, επηρεάζει σημαντικά σχεδόν όλους τους άλλους παράγοντες.

Οι πίνακες των «scores», από 0 έως 47%

, βοηθούν σημαντικά στον καθορισμό του συνολικού κινδύνου καρδιαγγειακού θανάτου την προσεχή 10ετία για κάθε άτομο.

Θεραπευτική παρέμβαση με φάρμακα προτείνεται σε score από 5% και πάνω και μόνο αν αποτύχουν πρώτα τα υγιεινοδιαιτητικά μέτρα.

Το πόσο διαφορετική βαρύτητα έχει κάθε παράγοντας φαίνεται από το παράδειγμα του πίνακα 1, που υπήρχε και στις προηγούμενες εκδόσεις των guidelines: Γυναίκα 60 ετών, με ολική χοληστερόλη 280 mg/dL, μη καπνίστρια και χωρίς υπέρταση, έχει συνολικό κίνδυνο (score) μόνο 2% και επομένως δε χρειάζεται καμία φαρμακευτική αγωγή (το ίδιο ισχύει και για άνδρα), εκτός αν συνυπάρχει άλλη σοβαρή διαταραχή, όπως διαβήτης. Αντίθετα, άνδρας με ολική χοληστερόλη 190 mg/dL, καπνιστής και υπέρτασικός, έχει score κινδύνου 21%, δηλαδή 10 φορές μεγαλύτερο! Αλήθεια, στη χώρα μας πόσοι γιατροί δε θα έδιναν στατίνη σε γυναίκα ή άντρα με ολική χοληστερόλη 280 mg/dL, χωρίς άλλους σοβαρούς παράγοντες κινδύνου;

Ενας άλλος πολύ ενδιαφέρον πίνακας που υπήρχε στις προηγούμενες εκδόσεις των ευρωπαϊκών guidelines έδειχνε κάτι ιδιαίτερα εντυπωσιακό, που εύκολα μπορεί να διαπιστώσει κανείς και σε αυτή την έκδοση, αν παρατηρήσει τους πίνακες των scores. Σε απουσία άλλων παραγόντων κινδύνου, όπως καπνίσματος και υπέρτασης, **το score παραμένει στα ίδια ιδιαίτερα χαμηλά επίπεδα, ανεξάρτητα της τιμής της ολικής χοληστερόλης, που μπορεί να κυμαίνεται από 150 έως 310 mg/dL!**

Οι αυξημένες τιμές της ολικής χοληστερόλης δίνουν παραπάνω πόντους στο συνολικό score κάθε ατόμου όπως υπολογίζεται στους πίνακες μόνο στους καπνιστές και υπερτασικούς! Ιδιαίτερη κατηγορία υψηλού κινδύνου βέβαια αποτελούν τα άτομα με οικογενή υπερχοληστερολαιμία (1 στους 500 στο γενικό πληθυσμό), όπου όμως οι τιμές της ολικής χοληστερόλης είναι κατά κανόνα μεγαλύτερες από 320 mg/dL.

Το συνολικό καρδιαγγειακό κίνδυνο μπορεί να επηρεάσουν και άλλοι παράγοντες, όπως το οικογενειακό ιστορικό, οι κακές κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, το εργασιακό και οικογενειακό stress, η μόλυνση του περιβάλλοντος, η κατάθλιψη και άλλες ψυχικές διαταραχές. Από εργαστηριακές εξετάσεις η εκτίμηση των τιμών της HDL-χοληστερόλης έχει μεγάλη σημασία, δεδομένης της ευεργετικής δράσης των υψηλών τιμών, ενώ αντίθετα χαμηλές τιμές αποτελούν ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου, καθώς συνδέονται με το μεταβολικό σύνδρομο. Οι διάφοροι βιοδείκτες αίματος(όπως η CRP), που τόσο απασχόλησαν τη βιβλιογραφία τα τελευταία χρόνια, δεν έχουν καμιά αξία για τον προσδιορισμό του καρδιαγγειακού κινδύνου για τα νέα guidelines. Επίσης δε συστήνεται ο υπερηχοκαρδιογραφικός έλεγχος του πάχους του έσω χιτώνας των καρωτίδων, ενώ η τυχαία ανεύρεση αθηρωματικής πλάκας στις καρωτίδες ή ασβεστώσεων στα στεφανιαία δεν αξιολογείται ιδιαίτερα (IIb B).

Θεραπευτική παρέμβαση στους παράγοντες κινδύνου

1. Η προσέγγιση και η επικοινωνία με τον άρρωστο

Είναι εντυπωσιακή η έκταση και η έμφαση που δίνουν τα νέα guidelines στην προσέγγιση του αρρώστου, στην κατανόηση της ψυχολογικής και κοινωνικοοικονομικής του κατάστασης, στην ανθρώπινη επαφή και το κλίμα εμπιστοσύνης που πρέπει να αναπτυχθεί με το γιατρό

αλλά και τους άλλους επαγγελματίες υγείας, όπως νοσηλευτές, διατροφολόγους και ψυχολόγους. Αυτά θεωρούνται απαραίτητα στοιχεία ώστε να βοηθηθεί αποτελεσματικά στην αλλαγή στον καθημερινό τρόπο ζωής, που θα επηρεάσει θετικά τους βασικούς παράγοντες κινδύνου. Τέτοια προσέγγιση όμως προϋποθέτει μια πολύ καλά οργανωμένη πρωτοβάθμια περίθαλψη, όπως αυτή λειτουργεί σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες. Εμείς στη χώρα μας καταφέραμε να έχουμε τους περισσότερους γιατρούς αναλογικά με τον πληθυσμό, αλλά να μην έχουμε γενικούς γιατρούς, ούτε σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης ικανό να κατευθύνει σωστά τους πολίτες στα μέτρα πρόληψης. Οι γιατροί μας εκπαιδεύονται κυρίως στο να συνταγογραφούν φάρμακα και να παραπέμπουν για εργαστηριακές εξετάσεις.

2. Συστάσεις για φυσική δραστηριότητα

Είναι πλέον γνωστό από πολλές μελέτες πως η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας και η καθιστική ζωή επηρεάζουν σημαντικά τη σωματική και ψυχική υγεία. Ιδιαίτερα στο καρδιαγγειακό σύστημα η σωματική δραστηριότητα και η άσκηση αποτελούν ισχυρό προστατευτικό παράγοντα, ενώ δρουν ευεργετικά και στους άλλους παράγοντες, όπως στη μείωση της αρτηριακής πίεσης, στο διαβήτη, στην παχυσαρκία και στις υπερλιπιδαιμίες. Τα νέα guidelines κάνουν εκτενή πολυσέλιδη αναφορά και δίνουν λεπτομερείς οδηγίες για άσκηση τόσο σε υγιείς όσο και σε καρδιαγγειακούς ασθενείς, όπου η άσκηση εξατομικεύεται, τονίζοντας πως έτσι η συνολική θνητότητα από κάθε αιτία μπορεί να μειωθεί έως 30%!

Για τους υγιείς ενήλικες συστήνεται τουλάχιστον 150 λεπτά της ώρας εβδομαδιαίως μέτριας έντασης φυσική δραστηριότητα (30 λεπτά την ημέρα, 5 μέρες τη βδομάδα) ή 75 λεπτά έντονης φυσικής δραστηριότητας (15 λεπτά την ημέρα, 5 μέρες τη βδομάδα) ή συνδυασμός των δυο. Ιδανικά προτείνεται ο διπλάσιος χρόνος από τον παραπάνω για μεγαλύτερο όφελος. Οι νέες οδηγίες συστήνουν η άσκηση να εξατομικεύεται και να «συνταγογραφείται» για κάθε ασθενή ή υγιή, να ενθαρρύνεται, να τονίζεται η μεγάλη αξία της και να ευνοείται με παρεμβάσεις της πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε δομές της τοπικής αυτοδιοίκησης, ώστε να παρέχεται κάθε μορφή διευκόλυνσης των ασθενών, αλλά και όλων των μελών της κοινότητας! Σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες αυτά είναι καθημερινή πρακτική, στη χώρα μας απλώς ανύπαρκτα. Μπορεί να έχουμε το ρεκόρ στη συνταγογράφηση φαρμάκων, αλλά η συνταγογράφηση άσκησης ή έστω η έμφαση της αξίας της στις ιατρικές οδηγίες θεωρείται πολυτέλεια.

3. Διακοπή καπνίσματος - το αποτελεσματικότερο μέτρο

Το κάπνισμα τονίζεται πως είναι ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου για τα καρδιαγγειακά, αλλά και τη συνολική νοσηρότητα και θνητότητα από όλες τις αιτίες και ορίζεται ως μια
θανατηφόρος εθιστική διαταραχή

! Υπολογίζεται πως ένας καπνιστής κατά μέσο όρο χάνει 10 χρόνια ζωής και συγκρίνεται με έναν υπερτασικό, που ανάλογα τη βαρύτητα της υπέρτασης χάνει 1 έως 3 χρόνια! Η διακοπή του είναι επίσης η πιο οικονομικά συμφέρουσα (cost-effective) παρέμβαση στην πρόληψη. Το όφελος της διακοπής του καπνίσματος είναι άμεσο στην επίπτωση της νοσηρότητας και θνητότητας από όλες τις αιτίες, αλλά ο καρδιαγγειακός κίνδυνος μειώνεται σταδιακά για να προσεγγίσει τον κίνδυνο των μη καπνιστών σε 10 έως 15 χρόνια. Για το ηλεκτρονικό τσιγάρο (e-cigarettes) δεν υπάρχουν ακόμα επαρκή στοιχεία, ενώ ο χρήστης δεν απαλλάσσεται από τη συνήθεια του καπνίσματος και συχνά υποτροπιάζει ή συνδυάζει τη χρήση του ηλεκτρονικού τσιγάρου με τη χρήση καπνού.

Οι οδηγίες τονίζουν πως πρέπει να γίνει κάθε δυνατή προσπάθεια να πεισθεί ο καπνιστής να διακόψει το κάπνισμα. Η πειθώ του γιατρού και η απόφαση του καπνιστή είναι το πρώτο και καθοριστικό βήμα για την επιτυχία. Σε κάθε ευκαιρία ο
γιατρός πρέπει να είναι επίμονος και πειστικός σε αυτό το θέμα, αλλά να δίνει και το καλό παράδειγμα μη καπνίζοντας, τουλάχιστον μπροστά στον άρρωστο! Στους ασθενείς με έντονα ψυχολογικά προβλήματα πρέπει να προηγηθεί της προσπάθειας διακοπής του καπνίσματος ψυχολογική ή και ψυχιατρική υποστήριξη. Σε όσους ανησυχούν για την αύξηση του σωματικού βάρους θα πρέπει να τονισθεί πως συνήθως αυτή είναι παροδική και όχι σημαντική (κατά μέσο όρο 5 Kg) μπροστά στο τεράστιο όφελος της διακοπής του καπνίσματος. Αναφορά γίνεται και στα φάρμακα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως βοήθεια για τη διακοπή του καπνίσματος, αν και ο σημαντικότερος παράγοντας είναι η θέληση και η απόφαση του καπνιστή και η αποτελεσματικότερη μέθοδος είναι η απότομη και πλήρης διακοπή.

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στις πολιτικές διακοπής καπνίσματος και στις γενικές συστάσεις. Εννοείται πως το κάπνισμα πρέπει να απαγορεύεται σε δημόσιους και κοινόχρηστους χώρους, όπως και η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα σε επαγγελματικό και οικιακό περιβάλλον. Αναλυτικά αναφέρονται τρόποι αποτροπής του καπνίσματος, όπως η αύξηση της τιμής των προϊόντων καπνού, η απαγόρευση της διαφήμισης και οι ενημερώσεις από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, τα σχολεία κλπ.

Μια σύγκριση με την ελληνική πραγματικότητα είναι απογοητευτική. Ο αντικαπνιστικός

νόμος δεν εφαρμόστηκε ποτέ, τα ποσοστά καπνιστών στο πληθυσμό παραμένουν πολύ υψηλά, στους δημόσιους και επαγγελματικούς χώρους, στα σχολεία, ακόμα και μέσα στα νοσοκομεία το κάπνισμα απαγορεύεται μόνο στις πινακίδες. Στην αντιμετώπιση του βασικότερου παράγοντα κινδύνου έχουμε αποτύχει ολοκληρωτικά!

4. Διατροφή

Στο κεφάλαιο της διατροφής τονίζεται η σημασία της αυτή καθαυτή στην πρόληψη των καρδιαγγειακών και του καρκίνου, αλλά και η επίδραση που έχει σε άλλους παράγοντες κινδύνου, όπως η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η παχυσαρκία και τα λιπίδια. Επισημαίνεται πως οι οδηγίες στηρίζονται κυρίως σε μελέτες παρατήρησης, καθώς δεν υπάρχουν αρκετές προοπτικές μελέτες. Γενικά δε συστήνεται η λήψη συμπληρωμάτων σε μια πλήρη υγιεινή διατροφή. Στα τεκμηριωμένα και αποδεκτά μέτρα περιλαμβάνονται ο περιορισμός των συνολικών θερμίδων, η αποφυγή των trans-λιπαρών, που βρίσκονται στις επεξεργασμένες τροφές, η μείωση της κατανάλωσης σακχαρούχων και αλκοολούχων ποτών, γενικά η μείωση κατανάλωσης ζάχαρης και άλατος, η ευρεία κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, ξηρών καρπών και ψαριών. Επίσης δίνεται έμφαση στη μεσογειακή διατροφή με κύριο συστατικό το ελαιόλαδο.

Σημαντική αλλαγή από την προηγούμενη έκδοση, όπως και στα τελευταία αμερικανικά guidelines, αποτελεί η μη σύσταση συγκεκριμένων ορίων στην πρόσληψη χοληστερόλης με τις τροφές, καθώς δε φαίνεται να επηρεάζεται σημαντικά η χοληστερόλη του αίματος.

3

Τα αυγά και οι κρόκοι τους επιτέλους αθρώνονται! Εξακολουθούν όμως οι περιορισμοί στη λήψη κορεσμένων λιπών και η σύσταση για τροφές με χαμηλά λιπαρά, παρότι πολλές παλιές και πρόσφατες μελέτες το αμφισβητούν. Επίσης γίνεται παραδοχή πως τροφές εμπλουτισμένες με φυτοστερόλες (στερόλες και στανόλες), παρότι μειώνουν σε ήπιο βαθμό τα επίπεδα της χοληστερόλης του αίματος, δεν υπάρχει ένδειξη από μελέτες ότι αυτό συνοδεύεται από κλινικό όφελος στην πρόληψη.

Και εδώ η ελληνική πραγματικότητα είναι απογοητευτική: Μεγάλη κατανάλωση επεξεργασμένων τροφών με τρανς-λιπαρά, όπως βιομηχανοποιημένα προϊόντα κρέατος, μαργαρίνη, είδη αρτοποιίας κλπ. Μεγάλη κατανάλωση σακχαρούχων ποτών και υδατανθράκων. Επίσης μεγάλη κατανάλωση light γαλακτοκομικών και προϊόντων με στερόλες και στανόλες, που εκτός από τη μειωμένη περιεκτικότητα σε θρεπτικά συστατικά, δεν προκαλούν κορεσμό και στρέφουν σε συμπλήρωση με υδατάνθρακες ή ότι πρόχειρο βρεθεί.

5. Παχυσαρκία - η ανερχόμενη απειλή

Η παχυσαρκία εξελίσσεται σε μείζονα παράγοντα κινδύνου, καθώς η επίπτωσή της αυξάνει ραγδαία τις τελευταίες δεκαετίες και απειλεί να ανατρέψει το όφελος από τη δραστική μείωση του καπνίσματος σε πολλές χώρες. Εκτός από την άμεση επίδραση στη νοσηρότητα και θνητότητα, η παχυσαρκία συμβάλλει τα μέγιστα στην εμφάνιση της υπέρτασης και του διαβήτη . Ο ορισμός της παχυσαρκίας χρησιμοποιώντας το Δείκτη Μάζας Σώματος, ενώ φαίνεται χρήσιμος στις μελέτες, σε ατομικό επίπεδο δεν είναι ικανοποιητικός. Καλύτερος δείκτης είναι η περίμετρος μέσης και γενικά σύσταση για απώλεια βάρους πρέπει να δίδεται όταν αυτή ξεπερνά τα 102 cm στους άντρες και τα 88 cm στις γυναίκες. Τα κριτήρια στους ηλικιωμένους πρέπει να είναι πιο χαλαρά, ενώ και το χαμηλό σωματικό βάρος συνδυάζεται επίσης με αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα. Η αντιμετώπιση της παχυσαρκίας είναι δύσκολη αλλά απαραίτητη και αποτελεί την πρώτη θεραπευτική επιλογή για την αντιμετώπιση της υπέρτασης και του διαβήτη . Η χειρουργική αντιμετώπιση της σοβαρού βαθμού παχυσαρκίας σε επιλεγμένους ασθενείς φαίνεται να έχει θετικά αποτελέσματα.

Στην Ελλάδα δεν ανησυχούμε μήπως η παχυσαρκία ξεπεράσει ως παράγοντας κινδύνου το κάπνισμα, γιατί το τελευταίο καλά κρατεί! Δεν υστερούμε όμως καθόλου και στην παχυσαρκία, που συνεχώς αυξάνει τόσο στους μεγάλους όσο και στα παιδιά, όπου η αύξηση είναι ραγδαία και φαίνεται να έχουμε τα πιο παχύσαρκα παιδιά της Ευρώπης! Το πρόβλημα είναι πολύ σοβαρό, γιατί η παχυσαρκία που ξεκινά από την παιδική ηλικία έχει σοβαρότερες συνέπειες και είναι πιο δύσκολο να αντιμετωπισθεί σε μεγαλύτερες ηλικίες. Οι διατροφικές μας επιλογές που περιγράφονται παραπάνω, μαζί με την έλλειψη σωματικής άσκησης και το νοσογόνο εκπαιδευτικό μας σύστημα είναι οι κύριοι παράγοντες.

6. Υπέρταση - αντικειμενικές οδηγίες

Η μελέτη SPRINT δεν τερμάτισε στα ευρωπαϊκά guidelines! Το σημαντικότερο νέο στοιχείο των πρόσφατων ευρωπαϊκών οδηγιών για την πρόληψη είναι η απόρριψη της προσπάθειας με βάση τη μελέτη SPRINT μείωσης των θεραπευτικών στόχων της υπέρτασης από <140 στα <120 mmHg, με τη χρήση περισσότερων φαρμάκων σε ευρεία ομάδα υπερτασικών. Η SPRINT επίσης κατατροπώθηκε στο Πανευρωπαϊκό Καρδιολογικό Συνέδριο που μόλις έληξε, όπου στην επιστημονική «μονομαχία» η θέση που επικράτησε με συντριπτική πλειοψηφία ήταν πως η μελέτη SPRINT είναι τελείως αναξιόπιστη, αλλά και ηθικά κατακριτέα.

Το κεφάλαιο της υπέρτασης όμως στα νέα ευρωπαϊκά guidelines έχει και άλλες πολύ θετικές επισημάνσεις: 1. Μέτρα αλλαγής του τρόπου ζωής (διακοπή καπνίσματος, απώλεια βάρους και άσκηση) πρέπει να συστήνονται με έμφαση σε όλες τις περιπτώσεις και να προηγούνται της φαρμακευτικής αγωγής, εκτός αν οι τιμές είναι ιδιαίτερα υψηλές (>180 mmHg) ή το συνολικό score του κινδύνου του αρρώστου, που πρέπει να υπολογίζεται πάντα είναι υψηλό. 2. Όλες οι κατηγορίες αντιυπερτασικών φαρμάκων δε διαφέρουν μεταξύ τους σε αποτελεσματικότητα και συνιστώνται για την αντιυπερτασική θεραπεία, εφόσον δεν αποδώσουν ικανοποιητικά τα μέτρα αλλαγής του τρόπου ζωής. 3. Στους ηλικιωμένους φαρμακευτική αγωγή συνιστάται με προσοχή και σε τιμές >160 mmHg, με στόχο τα 140-150 mmHg.

Στη χώρα μας βέβαια κάποιοι ειδικοί στην υπέρταση βιάστηκαν να εμφανίσουν τα αποτελέσματα της SPRINT ως σωτήρια (life-saving) και ικανά να αλλάξουν τις οδηγίες για την υπέρταση (guideline-changing). Την ίδια ακριβώς περίοδο δημοσίευσα δυο άρθρα για τη SPRINT, τα μόνα στον ελληνικό χώρο που εξέφραζαν σοβαρές αντιρρήσεις.^{4,5} Εκείνο που χαρακτηρίζει τη θεραπεία της υπέρτασης στη χώρα μας είναι

η βιαστική χορήγηση φαρμάκων και μάλιστα σε συνδυασμούς, χωρίς να προηγηθεί ή να τονισθεί η αξία της αλλαγής του τρόπου ζωής

. Επίσης επικρατεί η αντίληψη ότι η αντιυπερτασική αγωγή δεν πρέπει να διακόπτεται ποτέ! Άτομα όμως που πετυχαίνουν σημαντική απώλεια βάρους ή αλλάζει ο τρόπος ζωής τους μπορούν να μειώσουν ή και τελικά να διακόψουν ακόμα και τριπλή αντιυπερτασική αγωγή, αποφεύγοντας συμπτώματα υπότασης ή και σοβαρότερες επιπλοκές.

7. Διαβήτης - η επιδημία του μέλλοντος

Ο διαβήτης τις τελευταίες δεκαετίες εμφανίζει έξαρση, ακολουθώντας την επιδημία παχυσαρκίας, που είναι η κύρια αιτία για τη ραγδαία αύξηση των περιστατικών. Η απώλεια βάρους και η άσκηση είναι τα κύρια και καθοριστικά μέτρα που προτείνονται από τα νέα guidelines για την πρόληψη αλλά και την αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη.

Η διακοπή του καπνίσματος

επίσης έχει τεράστια σημασία για τους διαβητικούς. Στόχος της θεραπείας είναι μια τιμή γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης μικρότερη από 7%. Λιγότερο αυστηρή ρύθμιση προτείνεται για τους ηλικιωμένους, τους μακροχρόνια διαβητικούς και τους εξασθενημένους καθώς και αποφυγή της υπογλυκαιμίας.

Πρώτη και καλύτερη φαρμακευτική επιλογή εκεί που αποτυγχάνει μόνη της η απώλεια βάρους και η άσκηση παραμένει το παλιό και φτηνό φάρμακο, η μετφορμίνη. Στατίνες προτείνονται σε όλους τους διαβητικούς άνω των 40 ετών, με ιδιαίτερη προσοχή όμως σε ηλικιωμένους και εξασθενημένους, όπου οι στόχοι πρέπει να είναι μικρότεροι. Λήψη ασπιρίνης ή άλλων αντιαιμοπεταλιακών δε συνιστάται σε διαβητικούς χωρίς καρδιαγγειακή νόσο.

Οι έλληνες διαβητικοί ασθενείς δυστυχώς έχουν ακριβώς την αντίθετη αντιμετώπιση από εκείνη που συστήνουν οι ευρωπαϊκές οδηγίες. Η αξία της απώλειας βάρους, της άσκησης και της διακοπής τους καπνίσματος, δεν τονίζεται όσο πρέπει και δεν τηρείται. Οι ασθενείς μπαίνουν αμέσως σε φαρμακευτική αγωγή, ακόμα και με μικρές αποκλείσεις των τιμών της γλυκόζης από το «φυσιολογικό», χωρίς να προηγηθεί δίαιτα και άσκηση. Η αγωγή με μετφορμίνη συχνά παρακάμπτεται ή συνδυάζεται πρόωρα με νεότερα και πολύ ακριβότερα φάρμακα ή και ινσουλίνη, χωρίς αντίστοιχο όφελος ή και γενικότερη επιδείνωση της κατάστασής τους. Πολύ συχνά διαβητικοί χωρίς καρδιαγγειακή νόσο λαμβάνουν ασπιρίνη ή άλλα ακριβότερα αντιαιμοπεταλιακά, ενώ οι στατίνες δίδονται σε υπερβολικές δόσεις ακόμα και σε ηλικιωμένα και εξασθενημένα άτομα, που συχνά αναπτύσσουν μυοπάθεια με μείωση της ικανότητάς τους για σωματική ή και πνευματική δραστηριότητα.

8. Χοληστερόλη - ο ολισθηρός δρόμος των λιπιδίων

Οι οδηγίες τονίζουν και για τα λιπίδια την αξία της απώλειας βάρους, της άσκησης και της διακοπής του καπνίσματος, ενώ για την απόφαση εφαρμογής φαρμακευτικής αγωγής συστήνουν τον υπολογισμό του συνολικού ρίσκου του κάθε ατόμου και όχι τις τιμές της χοληστερόλης. Άλλωστε, «φυσιολογικές τιμές» χοληστερόλης δεν αναφέρονται στα guidelines και πως θα μπορούσε άλλωστε, όταν υπάρχουν μελέτες που δείχνουν μεγαλύτερη επιβίωση σε εκείνους με τις υψηλές «παθολογικές» τιμές, όταν δεν έχουν ισχαιμική καρδιοπάθεια ή διαβήτη.

6

Στην περίπτωση που το συνολικό ρίσκο είναι από 5 έως 9, τα άτομα θεωρούνται υψηλού κινδύνου και χρήζουν θεραπείας όπως και τα άτομα πολύ υψηλού κινδύνου (>9). Ο στόχος είναι τιμές της LDL χοληστερόλης μικρότερες του 100 στην πρώτη περίπτωση και του 70 mg/dL στη δεύτερη, ή και μείωση κατά 50% της αρχικής τιμής της LDL. Μικρότεροι στόχοι προτείνονται σε ηλικιωμένα και εξασθενημένα άτομα.

Όπως αναφέρεται και στην αρχή, άτομα με υψηλές τιμές ολικής και LDL χοληστερόλης

μπορεί να έχουν ιδιαίτερα χαμηλό συνολικό ρίσκο και να μη χρειάζονται φαρμακευτική αγωγή, αλλά και το αντίθετο. Άλλοι δείκτες, όπως η Lp(a), δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται ως κριτήριο φαρμακευτικής αγωγής. Οι τόσο χαμηλοί στόχοι των τιμών της LDL-χοληστερόλης δεν υποστηρίζονται επαρκώς από κλινικές μελέτες όπως παραδέχονται τα ευρωπαϊκά guidelines. Άλλωστε αυτός είναι ο λόγος που γενικά οι «στόχοι» της LDL δεν είναι αποδεκτοί από τις αντίστοιχες αμερικανικές οδηγίες. 7.8 Για την επιπλέον μάλιστα σύσταση για τα άτομα χαμηλού και ενδιάμεσου κινδύνου η LDL να είναι μικρότερη των 115 mg/DL, πρακτικά δεν υπάρχουν αξιόπιστες ενδείξεις (σύσταση IIa C).

Για την επίτευξη των «στόχων» πρώτη επιλογή είναι οι στατίνες και επί μη επίτευξής τους ο συνδυασμός κυρίως με εζετιμίμη. Οι PCSK9 αναστολές απλώς αναφέρονται, χωρίς να υπάρχει σύσταση για τη χρήση τους, σημειώνοντας πως αναμένονται τα πρώτα αποτελέσματα πολυκεντρικών μελετών όσον αφορά την αποτελεσματικότητα και ασφάλεια της χορήγησής τους. Να σημειωθεί πως μια μάλλον αρνητική σύσταση (IIb C), για τις περιπτώσεις που και ο συνδυασμός στατίνης-εζετιμίμης αποτυγχάνει, υπάρχει στις ξεχωριστές οδηγίες για τις υπερλιπιδαιμίες, που κυκλοφόρησαν μετά τις οδηγίες για την πρόληψη. Στις παρενέργειες των PCSK9 αναστολέων σημειώνουν και τις νευρογνωστικές επιδράσεις (neurocognitive effects) που παρατηρήθηκαν σε κάποιες μελέτες.⁹

Και ενώ δεν υπάρχουν πειστικές ενδείξεις πως είναι απαραίτητη η επίτευξη τόσο χαμηλών στόχων στις τιμές της LDL χοληστερόλης, πρόσφατη μεγάλη μελέτη σε ασθενείς με ισχαιμική καρδιοπάθεια που δημοσιεύθηκε στο JAMA συμπεραίνει πως «ασθενείς υπό αγωγή με στατίνες που πέτυχαν στόχους LDL μικρότερους από 70 mg/dL είχαν περισσότερες παρενέργειες από εκείνους με τιμές LDL 70-100 mg/dL, χωρίς να πετύχουν μεγαλύτερο θεραπευτικό όφελος. Αυτά τα δεδομένα δεν υποστηρίζουν τις συστάσεις των guidelines που προτείνουν πολύ χαμηλές τιμές LDL σε ασθενείς με ισχαιμική καρδιοπάθεια». ¹⁰ Οι νέες ευρωπαϊκές οδηγίες αναφέρουν πως οι παρενέργειες των στατινών και κυρίως η μυοπάθεια κυμαίνεται από 5-10%, δεν αναφέρουν όμως πως στις υψηλές δόσεις των στόχων υπολογίζεται έως 29%, από πρόσφατη ανακοίνωση της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Αρτηριοσκλήρωσης, η οποία συμμετείχε στη συγγραφή αυτών των οδηγιών! ¹¹ Επίσης πρέπει να σημειωθεί πως στις υψηλές δόσεις αυξάνει ο κίνδυνος εμφάνισης διαβήτη και νοητικών διαταραχών. ^{12,13}

Οι παραπάνω στόχοι μείωσης της LDL-χοληστερόλης δεν επιτυγχάνονται ούτε κατά προσέγγιση σε καμία ευρωπαϊκή χώρα! Δεδομένα από τη μελέτη EUROSPIRE IV από 24 χώρες δείχνουν πως το ποσοστό επίτευξης του στόχου για την LDL-χοληστερόλη < 70 mg/dL στον πολύ υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου πληθυσμό της μελέτης ήταν μόλις 19,3%. ¹⁴

Στην Ολλανδία και σε όλες τις βορειοευρωπαϊκές χώρες με τα καλύτερα συστήματα υγείας

του κόσμου και τους καλύτερους δείκτες υγείας του πληθυσμού, το 80% είναι εκτός guidelines για τις τιμές της χοληστερόλης στην πρωτογενή πρόληψη!

15

Σε αυτές τις χώρες η έμφαση δίνεται στη συνειδητοποίηση του πληθυσμού πως το 80% τουλάχιστον της πρόληψης επιτυγχάνεται με μέτρα για το κάπνισμα, την άσκηση, τη διατροφή και το σωματικό βάρος, καθώς και με τη βελτίωση του περιβάλλοντος. Μια τέτοια πολιτική στην πρόληψη είναι όχι μόνο «cost-effective», αλλά μπορεί να συμβάλλει πολύ θετικά στην οικονομία κάθε χώρας και πολύ περισσότερο της δικής μας, που έχει τεράστιο περιθώριο βελτίωσης σε αυτούς τους παράγοντες κινδύνου και βρίσκεται σε τόσο δύσκολη οικονομική κατάσταση.

16

Στη χώρα μας επικρατεί ακριβώς η αντίθετη κατάσταση. Στατίνες παίρνουν και εκείνοι που με βάση τα guidelines δεν έχουν κανένα λόγο να πάρουν

. Το αμάρτημά τους είναι πως η τιμή της χοληστερόλης τους βρέθηκε πάνω από τις «φυσιολογικές τιμές», που όμως είναι αυθαίρετες και δεν υπάρχουν στις οδηγίες! Οι ηλικιωμένοι, που εμφανίζουν ευκολότερα παρενέργειες, όπως και άτομα με προχωρημένη καρδιακή ανεπάρκεια, παίρνουν στατίνες και εξετιμίμπη χωρίς καμιά ένδειξη ωφέλειας. Οι γιατροί μας δέχονται μια συστηματική πλύση εγκεφάλου από «ειδικούς» και καθώς δεν έχουν το χρόνο μέσα στις εξαιρετικά δύσκολες για αυτούς συνθήκες σήμερα να ψάξουν σωστά τη βιβλιογραφία, υπερτιμούν τη χοληστερόλη ως παράγοντα κινδύνου. Όμως μια προσεκτική μελέτη όλου του κειμένου στην πλήρη έκδοση των ευρωπαϊκών guidelines θα τους πείσει πως

η κατάταξη της χοληστερόλης από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως έκτο παράγοντα κινδύνου

, μετά το κάπνισμα, την υπέρταση, το σακχαρώδη διαβήτη, την έλλειψη άσκησης και την παχυσαρκία, είναι απολύτως δικαιολογημένη!

2

Αντί οι «συμφωνίες ειδικών» της χώρας μας να ασχολούνται με την αντιμετώπιση του καπνίσματος, της παχυσαρκίας, της έλλειψης άσκησης, της πολυφαρμακίας και την προστασία του πληθυσμού μέσα στις δραματικές κοινωνικοοικονομικές συνθήκες που βιώνει, ασχολούνται με το πώς θα πάρουμε όλοι στατίνες κατά προτίμηση με εξετιμίμπη, και πως θα καταναλώσουμε πρώτοι στον κόσμο τους πανάκριβους PCSK9 αναστολείς.

17

Ο λογαριασμός πηγαίνει εκτός από τους πολίτες στον υπερχρεωμένο ΕΟΠΥΥ, ο οποίος αφήνει απλήρωτους γιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας για να καλύψει αχρείαστες δαπάνες. Καμία από τις τόσες ιατρικές εταιρείες που ασχολούνται με τα λιπίδια και ιδιαίτερα με τη χοληστερόλη δε βγήκε να ενημερώσει τους ανθρώπους που ανησυχούν άδικα για τις «αυξημένες» τιμές της χοληστερόλης τους ότι, στην περίπτωση που ο συνολικός τους κίνδυνος είναι μικρός δε χρειάζεται να ανησυχούν ούτε να παίρνουν στατίνες ή άλλα φάρμακα και παραφαρμακευτικά προϊόντα.

Συμπέρασμα

Οι νέες ευρωπαϊκές οδηγίες (guidelines) για την πρόληψη των καρδιαγγειακών νόσων αξίζει να διαβαστούν προσεκτικά από τους γιατρούς και τους υπεύθυνους για τις πολιτικές υγείας, από το πλήρες κείμενο και όχι μόνο από την «rocket» έκδοση, που συχνά παραπέμπει σε «τσέπη». Περιέχουν πολλά χρήσιμα στοιχεία για όλο το φάσμα της πρόληψης, απαραίτητα στην καθημερινή κλινική πράξη, ιδιαίτερα στη χώρα μας όπου υπάρχει τραγικά διαστρεβλωμένη αντιμετώπιση σε αυτό τον κρίσιμο τομέα της υγείας. Ακόμα και η μεροληψία των νέων guidelines στο θέμα της χοληστερόλης δε συγκρίνεται με ότι συμβαίνει στην ελληνική πραγματικότητα!

Χρήστος Ντέλλος - 14 Σεπτεμβρίου 2016

Δήλωση οικονομικών συμφερόντων: καμία

Αναφορές

1. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. European Heart Journal. 2016

2. World Health Organization. Global Health Risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. 2009

3. Dietary Guidelines for Americans 2015-2020. 8th Edition

4. Χρήστος Ντέλλος. Θεραπεία Υπέρτασης: SPRINT σε Μαραθώνιο; Καρδιολογική Άποψη, www.ntellos.gr. 2015

5. Από την IMPROVE-IT στην SPRINT: Στο ίδιο έργο θεατές; Ελληνική Καρδιολογική Επιθεώρηση, τόμος 56, τεύχος 2. 2015

6. Bathoum L, Depont Christensen R, Engers Pedersen L, et al. Association of lipoprotein level with mortality in subjects aged 50+ without previous diabetes or cardiovascular disease: A population-based register study. Scand J Prim Health Care, 2013 Sept;31(3):172-80

7. Stone N, Robinson J, Lichtenstein A, et al. 2013 ACC/AHA Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to Reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation, published online November 12, 2013

8. Χρήστος Ντέλλος. Χοληστερόλη: Όσο πιο χαμηλά τόσο πιο καλά; Ενδείξεις και «αποδείξεις». Ελληνική Καρδιολογική Επιθεώρηση, τόμος 56, τεύχος 4. 2015

9. 2016 ESC/EAS guidelines for the management of Dyslipidaemias

10. Association between achieved low-density lipoprotein levels and major adverse cardiac events in patients with stable ischemic heart disease taking statins treatment. JAMA 2016

11. Statin-associated muscle symptoms: impact on statin therapy-European Atherosclerosis Society Consensus Panel Statement. Aetiology and Management. European Heart Journal. February 18, 2015

12. Strom BL, Schinnar R, Karlawish J, et al. Statin therapy and risk of acute memory impairment. JAMA Intern Med 2015; 175(8): 1399-1405

13. Association between achieved low density lipoprotein levels and major adverse cardiac events in patients with stable ischemic heart disease taking statin treatment. JAMA. June 20 2016

14. Lipid lowering drug therapy in patients with coronary heart disease from 24 European countries – Findings from the EUROASPIRE IV survey. Atherosclerosis 2016

15. Balder JW, Scholtens S, Schie LM, et al. Adherence to national guideline in primary and secondary prevention of cardiovascular diseases in the Netherlands: The LifeLines cohort study. ISA 2015; May 24. 2015

16. Ιωάννης Ιωαννίδης. Μπορεί η προληπτική ιατρική να βγάλει την Ελλάδα από την οικονομική κρίση; The Huffington Post. 2015

17. Χρήστος Ντέλλος. Διαφωνία στη «Συμφωνία Ειδικών» για τους PCSK9 αναστολείς σε υπερχοληστερολαιμία. Ελληνική Καρδιολογική Επιθεώρηση, τόμος 57, τεύχος 2. 2016