

## **Πανευρωπαϊκή Ημέρα Αφύπνισης για την Καρδιακή Ανεπάρκεια**

Χριστίνα Χρυσοχόου

Επιμελήτρια Α,Καρδιολογίας Ιπποκράτειο Γενικών Νοσοκομείο Αθηνών

,Αλέκος Δούρας

Διευθυντης Καρδιολογικής Κλινικής Νοσοκομείου Βόλου

Το δεύτερο Σαββατοκύριακο του Μαΐου είναι αφιερωμένο στην Καρδιακή Ανεπάρκεια και στην προσπάθεια ενημέρωσης του κοινού για την πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία της νόσου. Γιατί όμως δίνεται ιδιαίτερη αναφορά σε αυτή τη νόσο; Η απάντηση έγκειται στο γεγονός ότι η καρδιακή ανεπάρκεια αποτελεί τη συχνότερη αιτία νοσηλειών στις καρδιολογικές κλινικές, αλλά και την κύρια αιτία απώλειας ποιότητας ζωής. Η συχνότητα της είναι περίπου 1% στα άτομα κάτω των 65 ετών, και αυξάνει προοδευτικά στο 7% σε άτομα 75 έως 84 ετών και στο 15% σε άτομα άνω των 85 ετών. Πως θα περιέγραφε κάποιος την καρδιακή ανεπάρκεια; Στην πραγματικότητα τις περισσότερες φορές δεν αποτελεί νόσο μόνη της αλλά είναι η τελική κατάληξη όλων των άλλων καρδιαγγειακών νοσημάτων, δηλαδή της παραμελημένης αρτηριακής υπέρτασης, της μη ελεγχμένης χρόνιας αρρυθμίας, της στεφανιαίας νόσου, του σακχαρώδη διαβήτη, παθήσεων των νεφρών, των πνευμόνων και του θυρεοειδούς αδένου, ενώ φλεγμονές του καρδιακού μυός και κληρονομικά νοσήματα μπορεί σπανιότερα να οδηγήσουν επίσης στην εμφάνισή της. Ορίζεται δε, ως η κατάσταση εκείνη που η καρδιά ως μυς αδυνατεί να αντεπεξέλθει στις ανάγκες του οργανισμού, δηλαδή να εξωθήσει το αίμα που χρειάζονται τα υπόλοιπα όργανα. Τα κύρια συμπτώματα που θα πρέπει να αφυπνίσουν τον καθένα μας είναι η δύσπνοια αρχικά στην έντονη προσπάθεια και στη συνέχεια στην καθημερινή

δραστηριότητα, στην ηρεμία και στην κατάκλιση, η απότομη αύξηση σωματικού βάρους με εμφάνιση πρηξίματος στα πόδια, η εύκολη κόπωση ακόμα και σε συνήθεις δραστηριότητες, η εμφάνιση αρρυθμιών, επεισοδίων ζάλης και πόνου στο στήθος (στηθάγχης). Η διάγνωση της καρδιακής ανεπάρκειας γίνεται από τον ιατρό με το ιστορικό και την φυσική εξέταση, και η επιβεβαίωση από παρακλινικές εξετάσεις όπως ηλεκτροκαρδιογράφημα, υπερηχοκαρδιογράφημα, ακτινογραφία θώρακα, στεφανιογραφία, μαγνητική τομογραφία καρδιάς και ειδικότερες εξετάσεις αναπνευστικής λειτουργίας εφ' όσον κριθούν απαραίτητες. Η θεραπεία της έγκειται στην θεραπεία της πρωταρχικής νόσου, κυρίως όταν η καρδιακή ανεπάρκεια είναι σε αρχικά στάδια, δηλαδή της αρτηριακής υπέρτασης, παχυσαρκίας, στεφανιαίας νόσου, βαλβιδικής νόσου. Ανάλογα με το στάδιο και τα συμπτώματα της καρδιακής ανεπάρκειας τροποποιείται η χορηγούμενη αγωγή, από τα βασικά φάρμακα που βελτιώνουν την καρδιακή λειτουργία όπως οι αναστολείς του άξονα ρενίνης-αγγιοτενσίνης-αλδοστερόνης, οι β αποκλειστές και νεότερα ανάλογα και τα διουρητικά για την ανακούφιση των συμπτωμάτων από την κατακράτηση υγρών, έως την αντιμετώπιση του κινδύνου πρόιμου αρρυθμιολογικού θανάτου με τοποθέτηση ειδικού βηματοδότη-απινιδωτή και την μεταμόσχευση καρδιάς ή την τοποθέτηση συσκευών υποβοήθησης του έργου της καρδιάς στα προχωρημένα στάδια. Η διατροφή, η ψυχολογική υποστήριξη και η συμμετοχή σε προγράμματα αποκατάστασης που περιλαμβάνουν άσκηση και διαιτητική συμβουλευτική είναι απαραίτητη για τους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια αλλά και τους οικείους τους. Στόχος είναι η ενημέρωση των ασθενών ώστε να γίνουν οι ίδιοι ικανοί να διαχειρίζονται τη νόσο τους, να προλαμβάνουν υποτροπές και να διατηρούν καλή ποιότητα ζωής στον χώρο τους. Ιδιαίτερα η διατροφή των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια προκαλεί «πονοκέφαλο» στους θεράποντες, μια και οι ασθενείς ενδέχεται

να εμφανίζουν πρόωρο αίσθημα κορεσμού και κατά συνέπεια μειωμένο αίσθημα πείνας, εξαιτίας αλλαγών στη γεύση, ενοχλημάτων ναυτίας, δύσπνοιας ή λόγω της ανορεκτικής δράσης διαφόρων βιολογικών παραγόντων που είναι ιδιαίτερα αυξημένοι στον οργανισμό τους εξαιτίας της νόσου.. Επιπλέον, οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια λαμβάνουν μεγάλο αριθμό φαρμάκων, που από μόνη της είναι μια κατάσταση που επηρεάζει τις διατροφικές τους συνήθειες. Ο περιορισμός του νατρίου (όχι περισσότερο από 2 γρ. ημερησίως) και η πρόσληψη καλίου στη διατροφή (όταν δεν συνυπάρχει νεφρική ανεπάρκεια) αποτελούν ακρογωνιαίο λίθο στις διατροφικές συστάσεις ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια και είναι από τις πιο συχνές, μη φαρμακολογικές προσεγγίσεις. Γίνεται φανερό ότι ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στο να εκπαιδευθούν οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια στο να διαβάζουν τις ετικέτες των τροφίμων και έτσι να γνωρίζουν πόσο νάτριο, το κάλιο αλλά και τα άλλα θρεπτικά συστατικά περιέχουν τα τρόφιμα που καταναλώνουν. Η αντιμετώπιση της καχεξίας που συνοδεύει τα προχωρημένα στάδια καρδιακής ανεπάρκειας αντιμετωπίζεται με μέτρηση των αναγκών σε λεύκωμα και ισοζυγισμένη δίαιτα. Σχετικά με την πρόσληψη λίπους, πρέπει να γίνεται με σύνεση (περίπου το 30% της καθημερινής προσλαμβανόμενης ενέργειας) και να είναι ιδιαίτερα περιορισμένη η «κακή» μορφή του λίπους, δηλαδή το κορεσμένο. Αντιθέτως, όπως σε κάθε άνθρωπο έτσι και στους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια προάγεται η πρόσληψη φυτικών ινών σε ημερήσια βάση (περίπου 25-35 γρ.), ενώ το προσλαμβανόμενο νερό μπορεί να χρειαστεί να μειωθεί σε ασθενείς με σοβαρή υπονατρίαμια (νάτριο<130 mEq/L).

Πρέπει να γίνει γνώση ότι η παραμελημένη καρδιακή ανεπάρκεια θα μειώσει χρόνια από τη ζωή μας, θα επηρεάσει σημαντικά την ποιότητα ζωής της δικής μας και

των οικειών μας, θα αυξήσει το κόστος για εμάς και για το σύστημα υγείας, και θα οδηγήσει την κοινωνία σε απώλεια παραγωγικών χρόνων.

**Η πιο σημαντική θεραπεία είναι η πρόληψη.** Στον τομέα αυτό η Ελληνική Καρδιολογική Εταιρεία, προσπαθεί μέσω συνεδρίων, ομιλιών κοινού, καταχωρήσεων σε έντυπο υλικό, να αφυπνίσει την συνείδηση όλων μας στην εφαρμογή προληπτικού ελέγχου, τον οποίο και παρέχει δωρεάν στους οικονομικά ευάλωτους συνανθρώπους μας. Στόχος της καρδιολογικής κλινικής πράξης είναι η εφαρμογή προγραμμάτων προληπτικής ιατρικής για την εκτίμηση, σχεδιασμό και μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου. Γνωρίζουμε πια ότι η καρδιακή νόσος ξεκινά από τη νεαρή ηλικία (μέσα στην πρώτη δεκαετία της ζωής) και εξελίσσεται σιωπηρά για δεκαετίες. Τα συμπτώματα συνήθως εμφανίζονται γύρω στην 5<sup>η</sup> με 6<sup>η</sup> δεκαετία της ζωής ή και νωρίτερα. Είναι επίσης εμφανές ότι η καρδιακή νόσος δεν είναι αναπόφευκτη. Στην πραγματικότητα, είναι αποτέλεσμα συγκεκριμένων συνηθειών ζωής, οι οποίες αν υποστούν αλλαγή ή τροποποίηση η νόσος μπορεί να προληφθεί ή έστω να διακοπεί η πορεία της. Τα μετρήσιμα μεγέθη, οι παράγοντες κινδύνου δηλαδή, είναι σημαντικοί για δύο λόγους:

- Είναι καθοριστικοί για την εκτίμηση του βαθμού του κινδύνου που διατρέχει ένα άτομο για την μελλοντική εμφάνιση στεφανιαίας νόσου και
- Αποτελούν στόχο θεραπευτικών παρεμβάσεων.

Παράγοντες που σχετίζονται με τη καρδιακή νόσο και αποδίδονται στο σύγχρονο τρόπο ζωής θεωρούνται:

- η ανθυγιεινή διατροφή,
- η παχυσαρκία,
- τα αυξημένα επίπεδα λιπιδίων,

- η υπέρταση,
- το κάπνισμα,
- η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας,
- το ψυχο-κοινωνικό άγχος και η κατάθλιψη,
- καθώς επίσης και το χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο των ανθρώπων.

Η διατήρηση της υγείας της καρδιάς μας είναι αναγκαία για να έχουμε καλή ποιότητα ζωής ανεξάρτητα από την ηλικία και το φύλο μας. Ο έλεγχος των βασικότερων παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου, επιλέγοντας μια υγιεινή διαίτα, αποφεύγοντας το κάπνισμα και ακολουθώντας φυσική άσκηση προλαμβάνει την εμφάνιση καρδιακών και αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων και βοηθά στην επιβράδυνση της γήρανσης της καρδιάς μας. Άλλα και στις περιπτώσεις που έχουμε ήδη καρδιακή ανεπάρκεια, τι μπορούμε να κάνουμε;

- Ακολουθούμε τις ιατρικές οδηγίες
- Προσέχουμε το σωματικό μας βάρος με καθημερινή ζύγιση
- Διακόπτουμε το κάπνισμα
- Ελέγχουμε την αρτηριακή μας πίεση
- Προσέχουμε το αλάτι στο φαγητό (ελέγχουμε τις ετικέτες τροφίμων)
- Τρώμε υγιεινά
- Περιορίζουμε καφέ και αλκοόλ
- Γυμναζόμαστε σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες
- Ξεκουραζόμαστε αρκετά