



**Καρδιολογική Εταιρεία
Κύπρου**

Καρδιαγγειακές παθήσεις και γυναικείο φύλο

Εισαγωγή

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις αποτελούν σε παγκόσμιο επίπεδο την κυριότερη αιτία θανάτου στο γυναικείο πληθυσμό. Οι παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος σκοτώνουν σε μεγαλύτερο ποσοστό τις γυναίκες (55%) παρά τους άνδρες (45%). Οι καρδιαγγειακές παθήσεις σκοτώνουν περισσότερες γυναίκες παρά όλοι οι καρκίνοι μαζί.

Από δεδομένα της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, στην Ευρώπη οι καρδιαγγειακές παθήσεις (στεφανιαία νόσος και εγκεφαλικό) ευθύνονται για το 43% των θανάτων στους άνδρες και για το 55% στις γυναίκες. Αναλυτικά, η στεφανιαία νόσος ευθύνεται για το 21% των θανάτων στους άνδρες και για το 23% στις γυναίκες, το εγκεφαλικό επεισόδιο για το 11% των ανδρών και 18% των γυναικών.

Το εγκεφαλικό αποτελεί η δεύτερη αιτία θανάτου στις γυναίκες. Για σύγκριση αναφέρουμε ότι ο καρκίνος του μαστού ενοχοποιείται μόνο για το 3% των θανάτων στις γυναίκες.

Μελέτες που έχουν γίνει σε παγκόσμιο επίπεδο έχουν δείξει ότι παρόλο που οι γυναίκες σήμερα φαίνονται πιο καλά πληροφορημένες σχετικά με τη στεφανιαία νόσο, μόνο ένα μικρό ποσοστό έχει συνειδητοποιήσει ότι οι παθήσεις αυτές αποτελούν τη μεγαλύτερη απειλή για την υγεία τους.

Υπάρχουν περιορισμένα δεδομένα τα οποία δείχνουν ότι με την πάροδο του χρόνου οι καρδιαγγειακές παθήσεις θα αυξηθούν περισσότερο στις γυναίκες.

Καρδιοπάθειες: Διαφορές στο Φύλο και την Ηλικία

Οι επιπτώσεις και ο επιπολασμός των καρδιαγγειακών παθήσεων αυξάνεται με την πρόοδο της ηλικίας. Δεδομένου ότι ο μέσος όρος ζωής αυξάνεται, και αυτό ισχύει περισσότερο για τις γυναίκες, αναμένεται μια μεγαλύτερη αύξηση των καρδιαγγειακών παθήσεων στις γυναίκες.

Οι επιπτώσεις της νόσου παρουσιάζονται ιδιαίτερα αυξημένες στις μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες.

Στις δυτικού τύπου κοινωνίες η θνησιμότητα για στεφανιαία νόσο έχει μια πτωτική τάση, μικρότερη όμως στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες.

Ηλικία και το φύλο ασκούν ένα σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου. Η πάθηση αυτή καθυστερεί να εμφανιστεί στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες κατά δέκα χρόνια και αυτό φαίνεται να σχετίζεται με την προστατευτική δράση των γυναικείων ορμονών μέχρι την εμμηνόπαυση.

Σε ηλικίες άνω των 65 ετών μία στις τρεις (1/3) γυναίκες θα εμφανίσει στεφανιαία νόσο, ενώ για τις ηλικίες 45 με 65 η αναλογία είναι μια στις εννέα (1/9) γυναίκες.

Η καρδιοαγγειακή νόσος εκδηλώνεται σε πιο σοβαρή μορφή στις γυναίκες. Σε περίπτωση εμφράγματος μυοκαρδίου οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη θνησιμότητα. Οι γυναίκες που εμφανίζουν στηθάγχη ως εκδήλωση της στεφανιαία νόσου έχουν διπλάσια πιθανότητα από τους άνδρες να πεθάνουν ή να εμφανίσουν έμφραγμα του μυοκαρδίου. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι γυναίκες με στεφανιαία νόσο είναι συνήθως κατά μια δεκαετία μεγαλύτερες από τους άνδρες και πάσχουν σε μεγαλύτερο ποσοστό από άλλες επιβαρυντικές παθήσεις όπως π.χ. διαβήτη, υπέρταση, παχυσαρκία.

Σε πρόσφατες μελέτες διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες παρουσίαζαν σε μεγαλύτερο ποσοστό σακχαρώδη διαβήτη (30% σε σχέση με 24% των ανδρών), μεταβολικό σύνδρομο και υπέρταση. Οι γυναίκες με σακχαρώδη διαβήτη εμφάνιζαν πιο εκτεταμένο έμφραγμα μυοκαρδίου και καρδιακή ανεπάρκεια.

Οι μελέτες αυτές έδειξαν ότι παρατηρούνται περισσότερες επιπλοκές κατά τη διάρκεια της νοσηλείας των γυναικών με οξύ καρδιακό επεισόδιο όπως π.χ. αιμορραγίες από τη φαρμακευτική αγωγή ή μετά από αγγειοπλαστική.

Η θνησιμότητα μετά από αορτοστεφανιαία παράκαμψη είναι μεγαλύτερη στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες (4.1% στις γυναίκες vs 2.4% στους άνδρες).

Οι γυναίκες διαφέρουν από τους άνδρες και στον τρόπο εμφάνισης της στεφανιαίας νόσου. Παρουσιάζουν συχνότερα άτυπα συμπτώματα αντί τυπικό πόνο στο στήθος, όπως κοιλιακό άλγος, δύσπνοια, κούραση, εύκολη κόπωση, τα οποία μπορούν να καθυστερήσουν τη διάγνωση. Επίσης κάποιες διαγνωστικές εξετάσεις όπως το τεστ κοπώσεως δεν έχουν την ίδια ακρίβεια στις γυναίκες όπως στους άνδρες (περισσότερο ψευδός θετικά αποτελέσματα) και έχουν λιγότερη ευαισθησία (περισσότερα ψευδός αρνητικά τεστ).

Σε αντίθεση με τους άνδρες που οδηγούνται όταν έχουν συμπτώματα πολύ πιο εύκολα σε κάποια διαγνωστική εξέταση, οι γυναίκες είναι λιγότερο πιθανό να υποβληθούν σε διαγνωστικές εξετάσεις, αγγειογραφία και επεμβάσεις επαναιμάτωσης του μυοκαρδίου.

Λιγότερες γυναίκες υποβάλλονται σε φαρμακευτική θεραπεία με υπολιπιδαιμικά και αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα είτε κατά την αρχική τους εκτίμηση είτε και μετά από αορτοστεφανιαία παράκαμψη.

Τα ειδικά τους ανατομικά χαρακτηριστικά όπως το μικρό μέγεθος των στεφανιαίων αρτηριών, καθιστούν πιο δύσκολη την αντιμετώπιση των στενώσεων στις γυναίκες και αυτό επηρεάζει τη χρήση των ενδοστεφανιαίων ναρθήκων (στέντ).

Σχετικά με την καρδιακή ανεπάρκεια, φαίνεται ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν περισσότερα συμπτώματα και συχνότερες νοσηλείες.

Μελέτες έχουν δείξει ότι μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο λιγότερες γυναίκες υποβάλλονται σε διαγνωστικές εξετάσεις και χειρουργική αντιμετώπιση στένωσης καρωτίδων. Οι γυναίκες επίσης παρουσιάζουν χειρότερη έκβαση της νόσου. Η συχνότητα κολπικής μαρμαρυγής και θρομβοεμβολικών επεισοδίων είναι μεγαλύτερη στις γυναίκες αλλά η χρήση αντιπηκτικής αγωγής στις ίδιες είναι μειωμένη.

Κατευθυντήριες οδηγίες Αμερικανικής Καρδιολογικής Εταιρείας

Το 2007 η Αμερικανική Καρδιολογική Εταιρεία εξέδωσε καινούργιες κατευθυντήριες οδηγίες για την πρόληψη των καρδιοαγγειακών επεισοδίων ειδικά για τις γυναίκες. Με μικρές εξαιρέσεις αυτές οι κατευθυντήριες γραμμές δεν διαφέρουν από αυτές για τους άνδρες. Το καινούργιο στοιχείο στις ανανεωμένες αυτές κατευθυντήριες γραμμές είναι πως η προσοχή στην αντιμετώπιση των κινδύνων για καρδιοαγγειακή νόσο στις γυναίκες πρέπει να ισχύει για όλη την διάρκεια της ζωής τους και όχι μόνο στο μικρό χρονικό διάστημα μετά την εμμηνόπαυση.

Σύμφωνα με την Αμερικανική Καρδιολογική Εταιρεία ο γυναικείος πληθυσμός χωρίζεται εδώ σε τρεις ομάδες.

Ομάδα υψηλού κινδύνου: Είναι οι γυναίκες με προηγούμενο εγκεφαλικό επεισόδιο, περιφερική αρτηριοπάθεια, ανεύρυσμα αορτής, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, σακχαρώδη διαβήτη. Οι γυναίκες αυτές έχουν κίνδυνο μεγαλύτερο του 20 % για εμφάνιση στεφανιαίας νόσου.

Ομάδα μετρίου κινδύνου: Περιλαμβάνονται γυναίκες με περισσότερο από ένα παράγοντα κινδύνου (κάπνισμα, υπέρταση, παχυσαρκία, υπερχοληστερολαιμία, μεταβολικό σύνδρομο, μειωμένη φυσική δραστηριότητα και ιστορικό πρόωρης στεφανιαίας νόσου στην οικογένεια).

Ομάδα χαμηλού κινδύνου: Περιλαμβάνονται γυναίκες με λιγότερο από 10% πιθανότητες εμφάνισης στεφανιαίας νόσου, όπως είναι οι υγιείς γυναίκες ή οι γυναίκες με ένα παράγοντα κινδύνου.

Έμφαση πρέπει να δίνεται σε εκείνους τους παράγοντες κινδύνου για καρδιοαγγειακή νόσο που μπορούν να τροποποιηθούν. Αυτοί αφορούν κυρίως τον τρόπο ζωής και τη διατήρηση των λιπιδίων και της αρτηριακής πίεσης σε φυσιολογικά επίπεδα μέσα από τη φυσική δραστηριότητα, τον έλεγχο του βάρους, τον περιορισμό του αλατιού, την κατανάλωση φρέσκων φρούτων και λαχανικών, γαλακτοκομικών χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά και τον έλεγχο του διαβήτη.

Εισηγήσεις για τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου:

Κάπνισμα. Επιβάλλεται η διακοπή του καπνίσματος και η αποφυγή του παθητικού καπνίσματος. Η χρήση βοηθήματος για διακοπή του καπνίσματος όπως τσίκλες νικοτίνης, ειδική φαρμακευτική θεραπεία, ένταξη σε ειδικά προγράμματα, η ψυχολογική υποστήριξη μπορούν να βελτιώσουν τα αποτελέσματα.

Φυσική δραστηριότητα. Συστήνεται μέτριας έντασης άσκηση (ζωηρό περπάτημα) το λιγότερο για 30 λεπτά κατά προτίμηση σε καθημερινή βάση. Για γυναίκες που πρέπει να χάσουν βάρος ή να διατηρήσουν το ιδανικό σωματικό βάρος, συστήνεται καθημερινώς 60 με 90 λεπτά μέτριας έντασης άσκηση.

Σε γυναίκες με πρόσφατο καρδιακό επεισόδιο, στηθάγχη, καρδιακή ανεπάρκεια, πρόσφατο εγκεφαλικό επεισόδιο ή περιφερική αρτηριοπάθεια και γυναίκες μετά από καρδιολογική ή καρδιοχειρουργική επέμβαση πρέπει να εντάσσονται σε ολοκληρωμένα προγράμματα καρδιακής αποκατάστασης, με στόχο τη μείωση των παραγόντων κινδύνου και τη βελτίωση της φυσικής τους κατάστασης.

Διατροφή. Η διατροφή πρέπει να είναι πλούσια σε φρούτα και λαχανικά, δημητριακά ολικής αλέσεως, τρόφιμα πλούσια σε φυτικές ίνες, λιπαρά ψάρια. Η κατανάλωση ψαριών, που είναι πλούσια σε ω-3 λιπαρά οξέα, συστήνεται τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα. Το κορεσμένο λίπος να μην υπερβαίνει το 7 % του συνόλου των ημερησίων θερμίδων στη διατροφή μιας γυναίκας. Η ημερήσια κατανάλωση αλκοόλ πρέπει να είναι μικρότερη από 1 ποτήρι την ημέρα και η χρήση αλατιού ελάχιστη. Η κατανάλωση τρανς λιπαρών οξέων (τηγανισμένα λάδια) να μειωθεί στο ελάχιστο. Πρέπει να αποφεύγεται το ζωικό βούτυρο και το λιπαρό κρέας. Η κατανάλωση κόκκινου κρέατος να περιορίζεται σε 1-2 φορές την εβδομάδα.

Συμπληρώματα διατροφής: Φυλλικό οξύ και Ορμόνες και Αντιοξειδωτικές ουσίες: Παρόλο ότι μέχρι πρόσφατα επικρατούσε η άποψη ότι το φυλλικό οξύ ως αντιοξειδωτική ουσία προφυλάσσει από τη στεφανιαία νόσο φαίνεται ότι η λήψη φυλλικού οξέος δεν προστατεύει τους ασθενείς υψηλού κινδύνου. Τα αντιοξειδωτικά υπό μορφή συμπληρωμάτων διατροφής (βιταμίνη C, E, β- καροτίνη), δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται για την πρόληψη της στεφανιαίας νόσου

Τα Ω-3 λιπαρά οξέα, ως συμπλήρωμα διατροφής, σε δόση 850 με 1000 προτείνονται ιδιαίτερα για γυναίκες με καρδιοαγγειακή νόσο και σε μεγαλύτερες δόσεις (2 με 4 γρ.) όταν είναι ιδιαίτερα υψηλά τα τριγλυκερίδια αίματος.

Διατήρηση φυσιολογικού σωματικού βάρους. Αυτό επιτυγχάνεται με: Ισορροπημένη διατροφή, καθημερινή φυσική δραστηριότητα, ειδικά προγράμματα αλλαγής συμπεριφοράς για άτομα που πρέπει να χάσουν βάρος.

Ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) πρέπει να διατηρείται μεταξύ 18.5 και 24.9 Kg/m². (ΔΜΣ είναι το πηλίκο του σωματικού βάρους σε κιλά διαιρούμενο δια του ύψους σε τετραγωνικά μέτρα). Η περίμετρος της μέσης πρέπει να διατηρείται κάτω από 90 εκατοστά.

Αρτηριακή πίεση: Συστήνεται η διατήρηση ιδανικής τιμής της αρτηριακής πίεσης (120/80) ακολουθώντας μια σωστή διατροφή, περιορίζοντας την κατανάλωση αλατιού, αυξάνοντας τη σωματική άσκηση, διατηρώντας το ιδανικό σωματικό βάρος. Η φαρμακευτική θεραπεία ενδείκνυται όταν η αρτηριακή πίεση είναι μεγαλύτερη

από 140 /90 ή για μικρότερες τιμές όταν συνυπάρχουν σακχαρώδης διαβήτης ή νεφρική νόσος.

Λιπίδια: Συνιστάται η διατήρηση της LDL-Cholesterol (κακή χοληστερόλη) κάτω από 100 mg/dl , της HDL-Cholesterol (καλή χοληστερόλη) πάνω από 50 mg/dl, και των τριγλυκερίδιων κάτω από 150 mg/dl. Η ολική χοληστερολη πρέπει να είναι κάτω από 190 mg/dl.

Σακχαρώδης διαβήτης: Αλλαγές στον τρόπο ζωής και φαρμακευτική αγωγή ενδείκνυνται στις γυναίκες με διαβήτη με σκοπό τη διατήρηση της γλυκοζηλιωμένης αιμοσφαιρίνης κάτω από 7%.

Φάρμακα: Η συστηματική χορήγηση ασπιρίνης σε γυναίκες χαμηλού κινδύνου δεν συστήνεται. Η προληπτική λήψη ασπιρίνης προτείνεται ιδιαίτερα για τις γυναίκες άνω των 65 ετών, εφόσον τα οφέλη από τη λήψη κρίνονται μεγαλύτερα από τις παρενέργειες (αιμορραγίες).

Η θεραπεία ορμονικής αποκατάστασης δεν συνιστάται για την πρόληψη της στεφανιαίας νόσου στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση.

Συμπεράσματα

Όλα τα πιο πάνω δεδομένα επιβάλλουν επιτακτική την ανάγκη για εκπόνηση στρατηγικών στον τομέα της υγείας που θα στοχεύουν στην ενημέρωση των γυναικών για τους κινδύνους που ελλοχεύουν από τα καρδιαγγειακά νοσήματα και στην εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης, έγκαιρης αντιμετώπισης και πιο αποτελεσματικής θεραπείας.

Αποτελεί επιτακτική ανάγκη όπως όλοι οι φορείς στον τομέα της υγείας μεταφέρουν το μήνυμα ότι οι καρδιαγγειακές παθήσεις παγκοσμίως αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου και ότι ο γυναικείος πληθυσμός δεν κινδυνεύει λιγότερο.

Λοΐζος Αντωνιάδης
Πρόεδρος
Καρδιολογικής Εταιρείας Κύπρου

Ροζαλία Νικολάου
Υπεύθυνη Προγράμματος
Καρδιοπάθειες στις Γυναίκες
Καρδιολογικής Εταιρείας Κύπρου