

Κατηγορία: Καρδιακές Παθήσεις

Καρδιακή Ανεπάρκεια

Αρτηριακή Υπέρταση

Στεφανιαία Νόσος

Περικαρδίτιδα

Μυοκαρδιοπάθεια

Υπερχοληστερολαιμία

Αρρυθμίες

Οξεία μυοκαρδίτιδα

Κολπική μαρμαρυγή

Τι είναι η καρδιακή ανεπάρκεια

Η αδυναμία της καρδιάς να τροφοδοτήσει με αίμα τα διάφορα όργανα του σώματος λέγεται καρδιακή ανεπάρκεια. Η καρδιακή ανεπάρκεια μπορεί να οφείλεται σε προβλήματα κατά τη συστολή της καρδιάς (αδυναμία εξώθησης του αίματος) ή κατά τη διαστολή της καρδιάς (αδυναμία πλήρωσης της καρδιάς). Είναι ένα κλινικό σύνδρομο κατά το οποίο η καρδιά αδυνατεί να εξωθήσει την απαραίτητη ποσότητα αίματος στο σώμα για να εκτελέσει τις φυσιολογικές του λειτουργίες, με αποτέλεσμα να εμφανίζονται συμπτώματα όπως δύσπνοια, κόπωση και κατακράτηση υγρών.¹⁻³ Ο επιπολασμός της Καρδιακής Ανεπάρκειας είναι περίπου 1-2% του ενήλικου πληθυσμού στις ανεπτυγμένες χώρες, με το ποσοστό αυτό να αυξάνεται σε πάνω από 10% στα άτομα ηλικίας άνω 70 ετών.^{2,3}

Η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια (ΣΚΑ) είναι μία πάθηση κατά την οποία η καρδιά αδυνατεί να τροφοδοτήσει τους ιστούς με την επαρκή ποσότητα αίματος, προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες των οργάνων.

Το κλινικό σύνδρομο της συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας είναι η τελική κατάληξη πολλαπλών καρδιακών παθήσεων.

Στις μέρες μας περίπου 6 εκατομμύρια Αμερικανοί πολίτες στις ΗΠΑ και 1% του πληθυσμού στο Ηνωμένο Βασίλειο πάσχουν από συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Η επίπτωση της νόσου είναι 10 άτομα ανά 1.000 σε ηλικίες μεγαλύτερες των 65 ετών.

Η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια είναι είτε οξεία, όταν τα συμπτώματα είναι πρόσφατα είτε χρόνια, όταν υπάρχει εξελισσόμενη πορεία.

Τα συμπτώματα της συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας είναι δύσπνοια (προσπάθειας ή ηρεμίας), αδυναμία, κόπωση, οίδημα κάτω άκρων, ταχυκαρδία ή αρρυθμία, μειωμένη αντοχή στην άσκηση, επίμονος βήχας ή συριγμός με λευκωπά ή ροδόχροα πτύελα, ασκίτικη συλλογή, αύξηση σωματικού βάρους (λόγω κατακράτησης υγρών), ανορεξία ή ναυτία, δυσκολία στη συγκέντρωση ή μειωμένα αντανακλαστικά.

Οι παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας είναι πολλαπλοί. Η ύπαρξη ενός παράγοντα κινδύνου είναι ικανή για την εμφάνιση συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας, αν και ο συνδυασμός πολλαπλών παραγόντων σίγουρα αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου.

Οι κύριοι παράγοντες κινδύνου είναι:

Η υψηλή αρτηριακή πίεση, λόγω της οποίας αυξάνεται το καρδιακό έργο,

Η στεφανιαία νόσος, κατά την οποία οι στενωμένες αρτηρίες αδυνατούν να τροφοδοτήσουν την καρδιά με ικανοποιητική ποσότητα οξυγόνου και οδηγούν σε εξασθένηση του μυοκαρδικού ιστού,

Το οξύ ισχαιμικό επεισόδιο, το οποίο προκαλεί οξεία βλάβη του μυοκαρδίου και δύναται να οδηγήσει σε μείωση της απόδοσης της καρδιακής αντλίας.

Οι αρρυθμίες προκαλούν αρκετές φορές αύξηση του καρδιακού έργου και εξασθένηση του καρδιακού μυός.

Ο διαβήτης μπορεί να οδηγήσει σε συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, διότι αυξάνει τον κίνδυνο τόσο της στεφανιαίας νόσου όσο και της αρτηριακής υπέρτασης.

Οι απνοϊκές κρίσεις κατά τη διάρκεια του ύπνου αποτελούν ένα επιπρόσθετο επιβαρυντικό παράγοντα, γιατί οδηγούν τόσο σε μείωση των επιπέδων του οξυγόνου στο αίμα όσο και σε αρρυθμίες – παράγοντες που και οι δυο αποδυναμώνουν τον καρδιακό μυ.

Ιοί, κατάχρηση αλκοόλ και νεφρικές παθήσεις δύναται να οδηγήσουν σε ΣΚΑ.

Ένα μικρό ποσοστό των ασθενών με συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια έχει γεννηθεί με δομικά καρδιακά ελλείμματα.

Τέλος, οι παραμελημένες βαλβιδοπάθειες μπορεί να είναι αιτία συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας.

Αρτηριακή υπέρταση

Η υπέρταση (HTN) ή υψηλή αρτηριακή πίεση, μερικές φορές αρτηριακή υπέρταση, είναι μία χρόνια πάθηση κατά την οποία η αρτηριακή πίεση στις αρτηρίες είναι αυξημένη. Αυτή η αύξηση της πίεσης κάνει την καρδιά να εργάζεται πιο εντατικά από το φυσιολογικό για να κυκλοφορεί το αίμα μέσω των αιμοφόρων αγγείων. Ανεπάρκεια), των ματιών (αμφιβληστροειδοπάθεια) και των αγγείων (ανευρύσματα).Αρτηριακή υπέρταση

ονομάζεται η νόσος στην οποία η πίεση του αίματος είναι σταθερά μεγαλύτερη από τις επιθυμητές. Χωρίζεται σε συστολική και διαστολική:

Συστολική ΑΠ είναι η πίεση που ασκεί το αίμα στα τοιχώματα των αρτηριών κατά τη διάρκεια της σύσπασης της καρδιάς.

Διαστολική ΑΠ είναι η πίεση που ασκεί το αίμα στα τοιχώματα των αρτηριών στο διάστημα μεταξύ των συσπάσεων της καρδιάς. (στη διαστολή)

Μετρείται σε mmHg (χιλιοστά στήλης υδραργύρου) και αν κάποια από τις δύο τιμές βρίσκεται πάνω από τα επιθυμητά όρια, τότε η κατάσταση χαρακτηρίζεται ως υπέρταση, ανεξάρτητα αν η άλλη είναι φυσιολογική.

Έτσι υπέρταση ονομάζουμε σήμερα τιμές ΑΠ

>140mmHg για τη συστολική

> 90 mmHg για τη διαστολική

Η συστολική ΑΠ είναι η πιο σημαντική. Αποτελεί τη βάση για τη διάγνωση στην πλειονότητα των ασθενών.

Ορισμένες κατευθυντήριες οδηγίες προτείνουν τιμές 130/80 για ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη ή χρόνια νεφροπάθεια. Ωστόσο, τα οφέλη αυτού του χαμηλότερου στόχου δεν έχουν τεκμηριωθεί επαρκώς. Σημαντικό είναι να σημειωθεί ότι δεν αφορά τις περιπτώσεις που παρουσιάζουμε δικαιολογημένα αυξημένη αρτηριακή πίεση, όπως κατά τη διάρκεια έντονης σωματικής άσκησης ή υπό συνθήκες άγχους, αλλά όταν εμφανίζεται συστηματικά και χωρίς δικαιολογία.

Η μη αντιμετώπιση της υπέρτασης μετατρέπει σταδιακά τις αρτηρίες από ελαστικές και εσωτερικές σε σκληρές και ανελαστικές, ευάλωτες σε τραυματισμούς και αθηροσκλήρυνση, αυξάνοντας σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιακής νόσου, εγκεφαλικών επεισοδίων, νεφρικής δυσλειτουργίας, προβλημάτων στα μάτια και νευρολογικών διαταραχών.

Τι σημαίνει συστολική και διαστολική πίεση;

Η καρδιά «χτυπά» περισσότερο από 100.000 φορές την ημέρα και κάθε φορά που «χτυπά», διώχνει μια ποσότητα αίματος στις αρτηρίες μας, ασκώντας τους πίεση. Μεταξύ δύο χτύπων η καρδιά ξεκουράζεται και γεμίζει με αίμα. Έτσι η αρτηριακή πίεση εκφράζεται με δύο αριθμούς:

Ο πρώτος αριθμός είναι η πίεση που ασκεί το αίμα στο τοίχωμα των αρτηριών καθώς φεύγει από την καρδιά. Αυτός ονομάζεται συστολική πίεση ή μεγάλη.

Ο δεύτερος αριθμός είναι η πίεση που ασκεί το αίμα στα τοιχώματα των αρτηριών όταν η καρδιά πια ξεκουράζεται. Αυτός ονομάζεται διαστολική πίεση ή μικρή.

Από τι προκαλείται η υψηλή αρτηριακή πίεση;

Συνήθως, η αρτηριακή πίεση αυξάνεται με την πάροδο των χρόνων χωρίς εμφανές αίτιο, με την πλειονότητα των υπερτασικών (95%) να εμφανίζουν τη λεγόμενη «ιδιοπαθή» υπέρταση που σχετίζεται με παράγοντες όπως η προχωρημένη ηλικία, η ακατάλληλη διατροφή, η παχυσαρκία, η μακροχρόνια πρόσληψη αυξημένης ποσότητας αλατιού, η καθιστική ζωή, η έλλειψη άσκησης ή η συνεχής υιοθέτηση ανθυγιεινών συνηθειών, όπως το κάπνισμα. Αυτή η υψηλή αρτηριακή πίεση ονομάζεται ιδιοπαθής υπέρταση. Συνήθως εμφανίζεται μετά την ηλικία των 30 ετών, αλλά μπορεί να εμφανιστεί ακόμα και σε παιδιά. Σε άτομα με υπερτασικούς και τους δύο γονείς, η πιθανότητα εμφάνισης υπέρτασης ξεπερνά το 70%. Σε άτομα με ένα γονιό υπερτασικό η πιθανότητα είναι περίπου 30% και σε όσους δεν έχουν υπερτασικούς γονείς φτάνει περίπου το 15%.

Σε λίγες περιπτώσεις, σε ποσοστό περίπου 5%, μπορεί να υποδηλώνει κάποιο άλλο ενδεχόμενο αίτιο ή να οφείλεται σε συγκεκριμένο νόσημα, (όπως στένωση νεφρικών αρτηριών, χρόνια νεφροπάθεια, άπνοια ή ύπαρξη νόσου επινεφριδίων) που ονομάζεται δευτεροπαθής υπέρταση, η οποία απαιτεί αντίστοιχες εξετάσεις. Ενώ, άλλα σπάνια αίτια είναι ο πρωτοπαθής αλδοστερονισμός, το φαιοχρωμοκύττωμα, το σύνδρομο Cushing και η στένωση του ισθμού της αορτής. Ωστόσο, αυτές οι περιπτώσεις είναι σπάνιες σε σύγκριση με τα περιστατικά ιδιοπαθούς υπέρτασης.

Στεφανιαία Νόσος

Στεφανιαία καρδιακή νόσος, ή απλά στεφανιαία νόσος, προκαλείται όταν οι αθηρωματικές πλάκες πληρώνουν, δηλαδή γεμίζουν, στον αυλό των αιμοφόρων αγγείων της καρδιάς (λέγονται στεφανιαίες αρτηρίες), και εμποδίζουν τη ροή του αίματος στην καρδιά.[1][2] Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη μειωμένη παροχή οξυγόνου και θρεπτικών ουσιών στους ιστούς της καρδιάς. Η ελάττωση της παροχής οξυγόνου στο μυοκάρδιο προκαλεί κλινικά τη στηθάγχη (σταθερή ή ασταθή), και μπορεί να οδηγήσει στο έμφραγμα του μυοκαρδίου (καρδιακή προσβολή).[3] Με την πάροδο του χρόνου, η στεφανιαία νόσος μπορεί επίσης να αποδυναμώσει το μυοκάρδιο και να συμβάλει στην καρδιακή ανεπάρκεια, και στις αρρυθμίες.[4] Ποια είναι τα συμπτώματα της Στεφανιαίας Νόσου

Η στεφανιαία νόσος προκαλεί στηθάγχη. Εκδηλώνεται σαν πίεση, σφίξιμο, μούδιασμα ή πόνο στο στήθος, χέρι, λαιμό, πλάτη ή γνάθο. Εάν δεν θεραπευθεί έγκαιρα, μπορεί να οδηγήσει σε καρδιακή προσβολή ή αλλιώς έμφραγμα του μυοκαρδίου (πλήρης απόφραξη της στεφανιαίας αρτηρίας με συνέπεια τη νέκρωση τμήματος της καρδιάς). Τα «κλασικά» συμπτώματα της καρδιακής προσβολής μπορεί να είναι ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω:

- Στηθάγχη
- Δύσπνοια
- Εφίδρωση
- Αδυναμία ή και ζάλη

Πως προκαλείται η Στεφανιαία Νόσος

Η αιτία της στεφανιαίας νόσου είναι η αθηρωμάτωση («σκλήρυνση» ή «πάχυνση» του τοιχώματος των αρτηριών). Η αθηρωμάτωση αρχίζει με την εναπόθεση μιας πλάκας λίπους στο τοίχωμα της αρτηρίας. Οι κλασσικοί κύριοι παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης Στεφανιαίας Νόσου είναι:

- Υπέρταση
- Κάπνισμα
- Αυξημένη χοληστερίνη
- Σακχαρώδης διαβήτης
- Θετική κληρονομικότητα
- Καθιστικός τρόπος ζωής

Τι είναι το Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου

Η ταυτόχρονη παρουσία αθηρωματικής πλάκας και θρόμβου που αποφράζει πλήρως και απότομα την αρτηρία με συνέπεια τη διακοπή παροχής αίματος στον καρδιακό μυ. Είναι μια απειλητική κατάσταση για τη ζωή και χρειάζεται άμεση φαρμακευτική και επεμβατική αντιμετώπιση (αγγειοπλαστική)

Πως αντιμετωπίζεται η Στεφανιαία Νόσος

- Φαρμακευτικά με τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου
- Επεμβατικά με διενέργεια στεφανιογραφίας και αγγειοπλαστικής
- Χειρουργικά με επέμβαση by-pass

Τι χρειάζεται για την επιτυχή πρόληψη της Στεφανιαίας Νόσου

- Έναρξη ήπιας σωματικής άσκησης
- Διακοπή καπνίσματος
- Απώλεια περιττού βάρους
- Διατήρηση χαμηλής χοληστερίνης

- Διατήρηση κανονικής αρτηριακής πίεσης
- Σωστός έλεγχος του σακχάρου
- Μείωση του στρες
- Καλή προσαρμογή και συνειδητοποίηση των αλλαγών στη ζωή σας χωρίς ενοχές

Γιατί η άσκηση βοηθά την καρδιά μας

Όπως ο κάθε μυς του σώματός μας, έτσι και η καρδιά εργάζεται καλύτερα εάν ασκείται. Η άσκηση επίσης βοηθά στην καταπολέμηση του στρες, στη μείωση του βάρους και της χοληστερίνης. Πριν ξεκινήσετε την όποια δραστηριότητα:

- Διαλέξτε μια δραστηριότητα που να κάνει την καρδιά και τους πνεύμονές σας να εργάζονται με μεγαλύτερη ένταση απ' ό,τι στην ηρεμία. Αυτή πρέπει και να σας ευχαριστεί. Καλές επιλογές είναι το βόλτισμα, ο χορός, το κολύμπι, το ποδήλατο ή η αεροβική γυμναστική
- Ξεκινήστε τη δραστηριότητα αργά. Αρχικά, πρέπει να αθλείστε 3 φορές την εβδομάδα για 5 με 10 λεπτά της ώρας
- Όταν αισθανθείτε πιο άνετα, μπορείτε να αυξήσετε την ένταση και τη συχνότητα της άσκησης
- Στόχος σας πρέπει να είναι η άσκηση 4 με 5 φορές την εβδομάδα για 20 με 40 λεπτά της ώρας την κάθε φορά.
- Οργανώστε τον τρόπο με τον οποίο αθλείστε και μην παρεκκλίνετε απ' αυτόν

Από την έναρξη της ανάπτυξης αθηρωματικής πλάκας στα τοιχώματα των αρτηριών μέχρι την εμφάνιση της νόσου μεσολαμβάνουν αρκετά έως πολλά χρόνια. Έχουν βρεθεί αθηρωματικές πλάκες στις αρτηρίες εικοσάχρονων, ενώ η συχνότερη ηλικία εμφάνισης εμφράγματος είναι η Πέμπτη δεκαετία της ζωής.

Ο επιπολασμός της στηθάγχης αυξάνεται με την ηλικία και στα δύο φύλα. Σε ηλικίες 45-54 έτη, στηθάγχη εμφανίζεται στο 2-5 %, ενώ αυξάνεται στο 10-20 % σε ηλικίες 65-74. Ο επιπολασμός της στεφανιαίας νόσου είναι σίγουρα πολύ μεγαλύτερος αν λάβουμε υπόψη και τη συχνή απουσία συμπτωμάτων σε ασθενείς με σταθερή στεφανιαία νόσο.

Δεν γνωρίζουμε γιατί κάποιοι άνθρωποι θα εμφανίσουν αθηρωματικές πλάκες στις στεφανιαίες αρτηρίες και κάποιοι άλλοι όχι. Έχουν εντοπιστεί μια σειρά από παράγοντες που αυξάνουν το σχετικό κίνδυνο εμφάνισης της στεφανιαίας νόσου και γι αυτό ονομάζονται προδιαθεσικοί παράγοντες ή παράγοντες κινδύνου.

Σε αυτούς τους παράγοντες κινδύνου στεφανιαίας νόσου συγκαταλέγονται η ύπαρξη σακχαρώδους διαβήτη, υψηλής αρτηριακής πίεσης, υψηλών τιμών χοληστερίνης, το κάπνισμα, η καθιστική ζωή και η κληρονομικότητα.

Δεν μπορούμε όμως να προβλέψουμε με ακρίβεια ποιος θα νοσήσει τελικώς και, το κυριότερο, ποιος και πότε θα εμφανίσει έμφραγμα, το οποίο αποτελεί τη βασική αιτία ανθρώπινων απωλειών από στεφανιαία νόσο.

Σε περιόδους «ενεργητικότητας» της αθηρωματικής πλάκας, επέρχεται ρήξη στο τοίχωμά της, το περιεχόμενο της έρχεται σε επαφή με το αίμα, οπότε δημιουργείται θρόμβος που μπορεί να αποφράξει την αρτηρία, σταματώντας τη ροή του αίματος.

Στην κρίσιμη αυτή κατάσταση (προεμφραγματική στηθάγχη), ο άρρωστος νοιώθει αιφνιδίως ενόχληση στο στήθος, που την περιγράφει ως «σφίξιμο», «κάψιμο» ή «βάρος» πίσω από το στέρνο και προς τα αριστερά του στήθους, με αντανάκλαση στην πλάτη ή στον αριστερό ώμο και τον αγκώνα.

Ο οργανισμός αντιστέκεται στην αρχόμενη έμφραξη της αρτηρίας και υπάρχουν περιπτώσεις αυτοδιάλυσης του θρόμβου και απελευθέρωσης της ροής του αίματος.

Αντίθετα, όταν η έμφραξη της αρτηρίας ολοκληρώνεται, το τμήμα της καρδιάς που αυτή τροφοδοτούσε με αίμα σταδιακά νεκρώνεται, οπότε προκαλείται έμφραγμα μυοκαρδίου.

Περικαρδίτιδα

Το περικάρδιο είναι ένας ινώδης σάκος που περιβάλλει εξωτερικά την καρδιά. Αποτελείται από δύο χιτώνες-πέταλα, έναν προσκολλημένο στην καρδιά και ένα ελεύθερο. Μεταξύ τους σχηματίζεται μία κοιλότητα που ονομάζεται περικαρδιακή κοιλότητα, και φυσιολογικά περιέχει μια μικρή ποσότητα διαυγούς υγρού.

Περικαρδίτιδα είναι τη φλεγμονή του περικαρδίου. Τα αίτια που την προκαλούν είναι διάφορα και συχνά άγνωστα, οπότε την ονομάζουμε ιδιοπαθή. Υπεύθυνοι στην δημιουργία της μπορεί να είναι ιοί, διάφορα μικρόβια, αλλά και διάφορες άλλες καταστάσεις όπως νεφρική ανεπάρκεια, κακοήθεις όγκοι, οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, φυματίωση, υποθυρεοειδισμός, θεραπευτική ακτινοβολία του θώρακα, τραύματα στο θώρακα και νόσοι του συνδετικού ιστού, όπως ο ερυθρεματώδης λύκος.

Περικαρδίτιδα

Περικαρδίτιδα είναι η φλεγμονή του περικαρδίου. Περικάρδιο είναι ο σάκος που περιβάλλει την καρδιά (βλ. Εικόνα 1). Ο φυσιολογικός του ρόλος είναι να προστατεύει την καρδιά και να μειώνει την τριβή ανάμεσα στην καρδιά και τα γειτονικά της όργανα.

Η περικαρδίτιδα μπορεί να συνοδεύεται από περικαρδιακή συλλογή, δηλαδή άθροισμα υγρού μέσα στον περικαρδιακό σάκο. Αν συσσωρευτεί μεγάλη ποσότητα υγρού στο

περικάρδιο, μπορεί να συμπιέσει την καρδιά. Αυτό ονομάζεται «επιπωματισμός της καρδιάς», και αποτελεί ένα σοβαρό και απειλητικό για τη ζωή πρόβλημα, αν δεν διαγνωσθεί και δεν αντιμετωπιστεί άμεσα.

Η περικαρδίτιδα έχει πολλές αιτίες, συμπεριλαμβανομένων των εξής:

Άγνωστη αιτία (η αποκαλούμενη «ιδιοπαθής» περικαρδίτιδα) – Σε πολλές περιπτώσεις η αιτία της περικαρδιακής νόσου δεν μπορεί να εξακριβωθεί. Η αποσαφήνιση της αιτίας δεν είναι πάντα απαραίτητη, ιδιαίτερα αν η νόσος ανταποκρίνεται στη θεραπεία.

Λοίμωξη – Η πλειοψηφία των περιπτώσεων οφείλεται σε κάποιον ιό ή κάποιον άγνωστο μικροοργανισμό.

Ακτινοβολία – Συνήθως μετά από ακτινοθεραπεία για κακοήθεια, ειδικά καρκίνο μαστού, καρκίνο πνεύμονα ή λέμφωμα.

Τραύμα στο θώρακα – Όπως π.χ. από το τιμόνι σε τροχαίο ατύχημα ή μετά από χειρουργική επέμβαση στην καρδιά. Επίσης περικαρδίτιδα μπορεί να προκληθεί μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου.

Φάρμακα και τοξίνες

Μεταβολικές και ενδοκρινικές διαταραχές – Όπως π.χ. νεφρική ανεπάρκεια και υποθυρεοειδισμός.

Καρκίνος – Περικαρδίτιδα μπορεί να εκδηλωθεί όταν ένας καρκίνος εξαπλώνεται στην καρδιά από γειτονικά της όργανα, συνήθως από τον μαστό ή από λέμφωμα Hodgkin.

Ρευματικά νοσήματα – Όπως π.χ. συστηματικός ερυθηματώδης λύκος, ρευματοειδής αρθρίτιδα κ.ά.

Παθήσεις του πεπτικού συστήματος – Όπως π.χ. ελκώδης κολίτιδα και νόσος Crohn.

Το συχνότερο σύμπτωμα της οξείας (αιφνίδιας έναρξης) περικαρδίτιδας είναι ο πόνος στον θώρακα, που συνήθως επιδεινώνεται στη βαθιά εισπνοή. Μερικές φορές είναι διάχυτος και μπορεί να μοιάζει με τον πόνο του εμφράγματος μυοκαρδίου. Ο πόνος μπορεί να

γίνεται εντονότερος όταν το άτομο ξαπλώνει, και μπορεί να ακτινοβολεί στους ώμους ή το άνω τμήμα της ράχης. Μερικοί ασθενείς με περικαρδίτιδα εμφανίζουν και πυρετό. Τα συμπτώματα της περικαρδίτιδας περιλαμβάνουν:

- Πόνος στο στήθος που είναι οξύς και μπορεί να επιτείνεται με την κατάποση
- Πόνος στον λαιμό που μπορεί ν'αντανακλά στους ώμους και/ή τους βραχίονες
- Διαλείπουσα πυρετική κίνηση
- Ναυτία
- Ζάλη

Σε ορισμένες περιπτώσεις, ξαφνικής ενάρξεως δύσπνοια (αν αυτό συμβεί αναζητήστε άμεσα ιατρική βοήθεια)

Ο πόνος μπορεί να υποχωρήσει από μόνος του σκύβοντας προς τα εμπρός, επιτρέποντας στην καρδιά να χαλαρώσει μέσα στην κοιλότητα του θώρακα.

Ποιες είναι οι αιτίες της περικαρδίτιδας;

Η περικαρδίτιδα είναι μια πολύπλοκη κατάσταση, με πολλές παραλλαγές κι αιτίες. Ο ασθενής μπορεί να χρειαστεί κλινική εξέταση κι ο ιατρός πρέπει να λάβει σημαντικά υπόψιν του το ατομικό ιατρικό ιστορικό, προκειμένου να καταλήξει στην διάγνωση.

Περικαρδίτιδα μπορεί να προκληθεί από:

- Έμφραγμα του μυοκαρδίου ή εγχείρηση
- Συνεπεία ιογενούς ή βακτηριακής λοίμωξης (όπως γρίπη)
- Άλλη φλεγμονώδη κατάσταση (όπως ρευματοειδής αρθρίτιδα)

- Νεφρική ανεπάρκεια, ή σε σπάνιες περιπτώσεις, κάποια μορφή καρκίνου
- Φλεγμονή του μυοκαρδίου (καρδιακού μυός), που "τρίβεται" επί του περικαρδίου.

Σ' ορισμένες περιπτώσεις η αίτια είναι άγνωστη.

Τι τεστ θα χρειαστώ για την περικαρδίτιδα;

Τα τεστ της περικαρδίτιδας περιλαμβάνουν:

- Ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ), ώστε να ελέγξουμε για διαταραχές του καρδιακού ρυθμού
- Υπερηχοκαρδιογράφημα, ώστε να ελέγξουμε για την παρουσία υγρού
- Ακτινογραφία θώρακος, ώστε να ελέγξουμε για διόγκωση της καρδιάς εξαιτίας της συσσώρευσης υγρού
- Αιματολογικά τεστ, ώστε να ελέγξουμε για φλεγμονή

Θα χρειαστώ θεραπεία για την περικαρδίτιδα;

Οι θεραπείες για την περικαρδίτιδα εξαρτώνται απ' την αιτία και μπορεί να περιλαμβάνουν:

- Αντιφλεγμονώδη φάρμακα, όπως ibuprofen
- Πασίπινα ή ασπιρίνη
- Φάρμακα όπως κολχικίνη
- Εάν τα συμπτώματα δεν βελτιωθούν, το χειρουργείο μπορεί να είναι απαραίτητο – περικαρδιακό παράθυρο (επέμβαση για την παροχέτευση του σάκου που

περιβάλλει την καρδιά) – πραγματοποιείται για την θεραπεία και την οριστική πρόληψη των συμπτωμάτων που επιμένουν ή υποτροπιάζουν.

Μυοκαρδιοπάθεια

Τι είναι η Υπερτροφική Μυοκαρδιοπάθεια;

Με τον όρο «μυοκαρδιοπάθεια» χαρακτηρίζουμε διάφορες δομικές ή λειτουργικές παθολογικές διαταραχές της καρδιάς και ειδικότερα του κοιλιακού μυοκαρδίου, δηλαδή των δύο κάτω κοιλοτήτων της καρδιάς που ονομάζονται κοιλίες. Η «υπερτροφική» μυοκαρδιοπάθεια χαρακτηρίζεται από παθολογική πάχυνση των τοιχωμάτων (υπερτροφία) της αριστερής κοιλίας της καρδιάς. Συνήθως, με την εξέλιξη της νόσου και χωρίς κάποια εμφανή αιτία, τα τοιχώματα της καρδιάς αυξάνονται σε μέγεθος και η πάχυνση αυτή μπορεί να προκαλέσει διαταραχές στην φυσιολογική λειτουργία της καρδιάς.

Η υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια είναι συνήθως κληρονομική νόσος και οφείλεται κυρίως σε μεταλλάξεις γονιδίων που κωδικοποιούν πρωτεΐνες που παίζουν ρόλο στη δομή των κυττάρων της καρδιάς. Αύξηση του καρδιακού μυός είναι πιθανή να προκληθεί και από άλλους παράγοντες όπως στένωση της αορτικής βαλβίδας ή αυξημένη & αρρυθμιστη αρτηριακή πίεση, καταστάσεις οι οποίες δεν ταξινομούνται στην υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια.

Η νόσος είναι συχνή στο γενικό πληθυσμό (εμφάνιση 1 στα 500 άτομα) και αποτελεί σημαντική αιτία αιφνίδιου καρδιακού θανάτου στους νέους.

Συχνά, η υπερτροφία των τοιχωμάτων οδηγεί σε διαταραχή της αιματικής ροής λόγω παρεμπόδισης της κυκλοφορίας του αίματος από την αριστερή κοιλία προς το υπόλοιπο σώμα μέσω της αορτής, η οποία ορίζεται ως υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια αποφρακτικού τύπου.

Υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια

Ποια είναι τα συμπτώματα της Υπερτροφικής Μυοκαρδιοπάθειας;

Συχνά τα άτομα με υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια μπορεί, στην καθημερινότητα τους, να μην εμφανίζουν κανένα σύμπτωμα. Ωστόσο, κάποια άτομα μπορεί να εκδηλώσουν τα παρακάτω ενοχλήματα:

Δύσπνοια

Θωρακικός πόνος

Συγκοπή (Λιποθυμία)

Έντονη και γρήγορη κόπωση

Αίσθημα παλμών

Ζάλη

Αρρυθμίες

Όπως είναι λογικό, τα παραπάνω συμπτώματα εντείνονται κατά την διάρκεια της άσκησης και αυξάνονται σε ένταση και συχνότητα με την εξέλιξη της νόσου. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια αποτελεί την πρώτη αιτία αιφνίδιου καρδιακού θανάτου σε νέους ανθρώπους. Για το λόγο αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό να γίνει έγκαιρη διάγνωση και σωστή διαστρωμάτωση κινδύνου για αιφνίδιο καρδιακό θάνατο στους ασθενείς αυτούς.

Πως γίνεται η διάγνωση της Υπερτροφικής Μυοκαρδιοπάθειας;

Η διάγνωση βασίζεται στο ατομικό και οικογενειακό ιστορικό του ασθενούς, στην κλινική εξέταση, στην παρουσία των προαναφερθέντων συμπτωμάτων και σε διαγνωστικές εξετάσεις όπως κατά βάση το ηλεκτροκαρδιογράφημα, το υπερηχογράφημα ή triplex καρδιάς και η μαγνητική τομογραφία καρδιάς.

Υπερχοληστερολαιμία

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες η γνώση μας σχετικά με τον κεντρικό ρόλο που διαδραματίζει η υψηλή χοληστερόλη στην καρδιαγγειακή νόσο, την πρώτη αιτία νοσηρότητας και θνητότητας στον Δυτικό Κόσμο έχει εμπλουτιστεί σημαντικά. Γνωρίζουμε ότι οι εναποθέσεις χοληστερόλης στις αρτηρίες ξεκινούν ήδη από την εφηβική ηλικία και σχηματίζουν με την πάροδο του χρόνου τις λεγόμενες αθηρωματικές πλάκες. Οι πλάκες αυτές μπορεί να προκαλέσουν στενώσεις στα αγγεία, εμποδίζοντας τη ροή του αίματος ή, ακόμα χειρότερα, να σπασούν απότομα και να σχηματίσουν θρόμβο, οδηγώντας σε ένα έμφραγμα ή σε ένα αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.

Η χοληστερόλη πρέπει να ελέγχεται προληπτικά, πριν εκδηλωθεί καρδιαγγειακή νόσος

Αυτό αποτελεί μια μεγάλη πρόκληση για τον ιατρικό κόσμο και για τον πληθυσμό γιατί η υπερχοληστερολαιμία από μόνη της δεν έχει συμπτώματα και άρα δεν μας οδηγεί στο γιατρό. Για τον ίδιο ακριβώς λόγο, την έλλειψη συμπτωμάτων πολλά από τα άτομα που γνωρίζουν το πρόβλημα διακόπτουν μετά από λίγο καιρό τις υγεινοδιαιτητικές παρεμβάσεις και τη φαρμακευτική αγωγή, καθώς δεν αισθάνονται ότι νοσούν.

Γι' αυτό και η προσπάθειά μας είναι να ευαισθητοποιήσουμε τα ενήλικα άτομα στην ανάγκη προσδιορισμού του λιπιδαιμικού τους προφίλ νωρίς στην ενήλικη ζωή τους. Πώς μπορεί να γίνει αυτός ο προσδιορισμός; Με μια απλή εξέταση αίματος που θα περιλαμβάνει το λιπιδαιμικό προφίλ και στη συνέχεια εκτίμηση του καρδιαγγειακού κινδύνου από τον ιατρό

με βάση τα αποτελέσματα της εξέτασης και συζήτηση με το υπό εξέταση άτομο, έτσι ώστε από κοινού με τον ιατρό του να δεσμευτεί σε μια διαρκή προσπάθεια.

Η τιμή της χοληστερόλης και ο ρόλος του ιατρού

Είναι βασικό να γνωρίζουμε ότι δεν υπάρχει ένα ανώτατο φυσιολογικό όριο χοληστερόλης στο οποίο στοχεύουμε σε όλες τις περιπτώσεις, καθώς αυτό το όριο διαφοροποιείται ανάλογα με το αν το άτομο έχει και άλλους παράγοντες κινδύνου, όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, ή αν έχει ήδη εκδηλώσει αγγειακή νόσο (για παράδειγμα αν έχει κάνει ένα triplex καρωτίδων που δείχνει στενώσεις). Η συναξιολόγηση του ιστορικού και των άλλων εξετάσεων προσδιορίζει τον συνολικό καρδιαγγειακό κίνδυνο του ατόμου. Αν αυτός είναι υψηλός πρέπει να καθοριστεί ένα εξατομικευμένο πλάνο με συγκεκριμένους στόχους που θα ελέγχονται περιοδικά. Στα άτομα πολύ υψηλού κινδύνου η LDL χοληστερόλη πρέπει να είναι κάτω από 55 mg/dL, στα άτομα υψηλού κινδύνου πρέπει να είναι κάτω από 70 mg/dL και στα άτομα χωρίς παράγοντες κινδύνου (π.χ. παχυσαρκία, υπέρταση, κάπνισμα, σακχαρώδης διαβήτης) πρέπει να είναι κάτω από 100 mg/dL.

Η Χοληστερόλη είναι μια στερόλη. Είναι μία από τις τρεις μεγάλες κατηγορίες λιπιδίων που όλα τα ζωικά κύτταρα χρησιμοποιούν για την κατασκευή των μεμβρανών τους και συνεπώς παράγεται από όλα τα ζωικά κύτταρα. Τα φυτικά κύτταρα δεν παρασκευάζουν χοληστερόλη. Είναι επίσης ο πρόδρομος των στεροειδών ορμονών, των χολικών οξέων και της βιταμίνης D.

Επειδή η χοληστερόλη είναι αδιάλυτη στο νερό, μεταφέρεται στο πλάσμα του αίματος μέσα σε πρωτεϊκά σωματίδια (λιποπρωτεΐνες). Οι λιποπρωτεΐνες κατηγοριοποιούνται με βάση την πυκνότητά τους: Πολύ χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνες (VLDL), χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνες (LDL) και υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνες (HDL).[2] Όλες οι λιποπρωτεΐνες φέρουν χοληστερόλη, αλλά αυξημένα επίπεδα των λιποπρωτεϊνών εκτός της HDL (ονομάζεται και μη HDL-χοληστερόλη), ειδικότερα της LDL-χοληστερόλης σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο αθηροσκλήρωσης και στεφανιαίας καρδιακής νόσου.[3] Σε αντίθεση, μεγαλύτερα επίπεδα HDL-χοληστερόλης είναι προστατευτικά.[4] Αυξημένα επίπεδα μη HDL-χοληστερόλης και της LDL στο αίμα μπορεί να είναι αποτέλεσμα δίαιτας, παχυσαρκίας, κληρονομούμενης (γενετικής) ασθένειας (όπως οι μεταλλάξεις των LDL υποδοχέων στην οικογενή υπερχοληστερολαιμία), ή της παρουσίας άλλων ασθενειών όπως ο διαβήτης και ο υποθυρεοειδισμός.[1]

Μείωση του διαιτητικού λίπους προτείνεται για την ελάττωση της ολικής χοληστερόλης αίματος και της LDL στους ενήλικες.[5] Στους ανθρώπους με πολύ υψηλή χοληστερόλη (π.χ. οικογενή υπερχοληστερολαιμία) η δίαιτα είναι συχνά ανεπαρκής να επιτύχει την επιθυμητή ελάττωση της LDL και φάρμακα ελάττωσης λιπιδίων που ελαττώνουν την παραγωγή ή την απορρόφηση της χοληστερόλης είναι συνήθως απαραίτητα.[6] Αν είναι απαραίτητο, άλλες

θεραπείες, συμπεριλαμβανομένης της αφαίρεσης της LDL ή ακόμα και εγχείρηση (για εξαιρετικά οξείς υποτύπους της οικογενούς υπερχοληστερολαιμίας) πραγματοποιούνται.[6]

Αρρυθμίες

Καρδιακές αρρυθμίες: Τι προκαλούν στον οργανισμό μας και πώς μπορούμε να τις αντιμετωπίσουμε

Καρδιακές αρρυθμίες: Τι προκαλούν στον οργανισμό μας και πώς μπορούμε να τις αντιμετωπίσουμε

Τι ορίζουμε ως καρδιακή αρρυθμία;

Η καρδιά αποτελείται από τέσσερις κοιλότητες, τους κόλπους και τις κοιλίες. Λειτουργεί ως μία αντλία, λαμβάνοντας οξυγονωμένο αίμα από τους πνεύμονες το οποίο εξωθεί προς την αορτή και στο υπόλοιπο σώμα, ενώ στη συνέχεια δέχεται το αίμα που επιστρέφει από τις φλέβες και το ωθεί προς τους πνεύμονες. Αυτός είναι ένας κύκλος που επαναλαμβάνεται συνεχώς σε όλη τη διάρκεια της ζωής μας και για να πραγματοποιείται φυσιολογικά, θα πρέπει η καρδιά να συστέλλεται συγχρονισμένα μέσω του συστήματος αγωγής του ηλεκτρικού ερεθίσματος. Αν υπάρξει διαταραχή σε αυτόν τον κύκλο, τότε οδηγούμαστε στην εμφάνιση αρρυθμιών.

Η λέξη αρρυθμία δηλώνει πως η λειτουργία της καρδιάς στερείται ρυθμού, δηλαδή χτυπά πολύ γρήγορα ή πολύ αργά ή με μη ρυθμικό τρόπο. Σαν όρος είναι αρκετά γενικός και περιλαμβάνει μία μεγάλη ομάδα διαταραχών του καρδιακού ρυθμού, από αρκετά αθώες έως αρρυθμίες απειλητικές για τη ζωή αν παραμείνουν χωρίς θεραπεία.

Ως ηλεκτροφυσιολόγος (αρρυθμιολόγος), δηλαδή καρδιολόγος με εξειδίκευση στις αρρυθμίες, αντιμετωπίζω καθημερινά πολλούς ασθενείς που παραπονούνται για μη κανονικό καρδιακό ρυθμό.

Πώς δημιουργείται ο κανονικός ή μη κανονικός παλμός;

Ο παλμός της καρδιάς δημιουργείται από ένα ηλεκτρικό ερέθισμα που παράγεται στη φυσιολογική “μπαταρία” της, γνωστή ως φλεβόκομβος. Αυτός μεταβάλλεται συνεχώς κατά τη διάρκεια του 24ώρου ανάλογα με τις ανάγκες του οργανισμού μας. Όταν αυτό το ερέθισμα δεν παράγεται ή δεν μεταδίδεται σωστά ή υπάρχει και άλλο κέντρο που παράγει με μη φυσικό τρόπο ερεθίσματα, δημιουργείται αρρυθμία. Αυτή δεν αφήνει το αίμα να προωθηθεί σωστά από την καρδιακή αντλία σε όλο μας το σώμα.

Ποια είναι τα συμπτώματα;

Μπορεί να είναι ένα αίσθημα “φτερουγίσματος”, “σφυροκοπήματος” στο στήθος (που το ονομάζουμε αίσθημα προκάρδιων παλμών), αδυναμία, ζάλη, λιποθυμία, ανησυχία, δυσφορία ή ακόμη και δύσπνοια, πόνος στο στήθος ή συγκοπή. Παρόλα αυτά, κάποιοι ασθενείς με αρρυθμίες έχουν λίγα ή καθόλου συμπτώματα και οι αρρυθμίες αυτές μπορεί να ανακαλυφθούν τυχαία σε κάποια εξέταση ρουτίνας ή επειδή έχει προκύψει κάποιο άλλο ιατρικό πρόβλημα.

Ποιες είναι οι πιο συχνές αρρυθμίες;

Είναι οι έκτακτες συστολές, δηλαδή οι “παραπανίσιες” συστολές (παλμοί) που ενίοτε επηρεάζουν τον φυσιολογικό ρυθμό της καρδιάς και μπορεί να έχουμε νοιώσει πολλοί από εμάς. Μια έκτακτη συστολή μπορεί να δημιουργήσει το αίσθημα ότι η καρδιά χάνει έναν παλμό. Συχνά προκαλούνται από έντονα συναισθήματα (χαράς ή λύπης) ή κάποιους εξωγενείς παράγοντες όπως το αλκοόλ, ο καφές ή η νικοτίνη.

Αυτές οι συστολές δεν είναι συνήθως ανησυχητικές. Σπανιότερα, μπορεί να είναι προμήνυμα μιας πιο σοβαρής κατάστασης και κυρίως σε ασθενείς με καρδιακή νόσο.

Τι ορίζουμε ως ταχυκαρδία;

Όταν οι παλμοί στην ηρεμία είναι πάνω από 100 στο λεπτό. Οι φυσιολογικοί παλμοί δεν είναι οι ίδιοι για κάθε άνθρωπο, καθώς εξαρτώνται από την ηλικία και από την γενική κατάσταση της υγείας του. Έτσι στην πραγματικότητα, κάθε αύξηση του αριθμού των παλμών από το φυσιολογικό μας και ιδιαίτερα αν συνοδεύεται από συμπτώματα, μπορεί να είναι σημάδι αρρυθμίας.

Ανάμεσα τους, συναντούμε:

Φλεβοκομβική ταχυκαρδία: Συνήθως προκαλείται από άγχος, ένταση, πυρετό ή άσκηση. Πρόκειται γενικά για μια φυσιολογική λειτουργία της καρδιάς κάτω από ορισμένες καταστάσεις και συνήθως δεν αποτελεί αρρυθμία.

Υπερκοιλιακή ταχυκαρδία: Η κατάσταση κατά την οποία ηλεκτρικά ερεθίσματα από το πάνω μέρος της καρδιάς δημιουργούν ένα γρήγορο καρδιακό παλμό που συνήθως είναι μη ανεκτός από τον ασθενή, αλλά όχι επικίνδυνος για τη ζωή του.

Κολπική μαρμαρυγή: Πρόκειται για ένα χαοτικό υπερκοιλιακό ρυθμό που προκαλεί ένα γρήγορο και ασύγχρονο καρδιακό παλμό. Αυτή η κατάσταση μπορεί να είναι παροδική ή μπορεί να μη σταματήσει χωρίς θεραπεία και τελικά να προκαλέσει σοβαρές επιπλοκές, όπως το εγκεφαλικό.

Κολπικός πτερυγισμός: Παρόμοια ταχυκαρδία με την κολπική μαρμαρυγή, αλλά οι καρδιακοί παλμοί είναι πιο οργανωμένοι και συσχετίζεται και αυτός με εγκεφαλικά επεισόδια.

Κοιλιακή ταχυκαρδία: Μια ρυθμική ταχυκαρδία που δεν επιτρέπει τις κοιλίες της καρδιάς να γεμίζουν με αίμα επαρκώς, με αποτέλεσμα να μη δύνανται να στείλουν επαρκή ποσότητα αίματος στο σώμα. Μπορεί να μην είναι επικίνδυνη σε ανθρώπους χωρίς καρδιακή νόσο, αλλά σε αυτούς με καρδιακά προβλήματα αποτελεί επείγουσα κατάσταση που απαιτεί άμεση θεραπευτική αντιμετώπιση.

Κοιλιακή μαρμαρυγή: Ο χαοτικός κοιλιακός ρυθμός που οδηγεί στον θάνατο αν δεν αντιμετωπιστεί άμεσα.

Τι ονομάζουμε βραδυκαρδία;

Όταν οι παλμοί είναι λιγότεροι από 60 το λεπτό.

Πότε η βραδυκαρδία θέλει αντιμετώπιση;

Οι λίγοι παλμοί δεν είναι πάντα δείγμα παθολογικού ρυθμού. Καθημερινά συναντούμε νέους ή και μεγαλύτερους σε ηλικία ανθρώπους που γυμνάζονται και διατρέφονται σωστά και έχουν λιγότερους από 60 παλμούς, με υγιή καρδιά. Αν αισθανόμαστε καλά, ο αριθμός δεν αποτελεί πρόβλημα.

Ποιες είναι οι παθολογικές βραδυκαρδίες;

Αν ο φυσιολογικός βηματοδότης της καρδιάς δε δουλεύει σωστά – πιο συχνά σε μεγάλους σε ηλικία ανθρώπους- μπορεί να αισθανθούμε αδυναμία, ζάλη, λιποθυμία ή ταχυκαρδία. Αυτό ονομάζεται νόσος φλεβοκόμβου. Η αντιμετώπιση σε αυτές τις περιπτώσεις είναι η τοποθέτηση μόνιμου βηματοδότη.

Επιπλέον, μπορεί να προκαλείται από αποκλεισμό του παλμού σε κάποιο σημείο του ηλεκτρικού συστήματος της καρδιάς, με πιο επικίνδυνη μορφή τον πλήρη κολποκοιλιακό αποκλεισμό. Η αντιμετώπιση και εδώ είναι η τοποθέτηση βηματοδότη.

Πώς γίνεται η διάγνωση της αρρυθμίας;

Για να γίνει η διάγνωση της αρρυθμίας, πρέπει να καταγράψουμε τον μη φυσιολογικό παλμό και να βρούμε την αιτία αυτής της “ανωμαλίας”. Πρωταρχικό ρόλο έχει το ιστορικό του ασθενούς (τόσο ατομικό, όσο και κληρονομικό). Με την επίσκεψη στο γιατρό,

ακολουθεί μια λεπτομερής ιατρική εξέταση, καθώς και το ηλεκτροκαρδιογράφημα. Μπορεί επίσης να ζητηθούν και εξετάσεις αίματος, υπερηχοκαρδιογράφημα, δοκιμασία κόπωσης, Holter ρυθμού (24ώρη ή και παρατεταμένη ανάλογα με τα συμπτώματα καταγραφή του καρδιακού ρυθμού), tilt-table test (δοκιμασία ανάκλισης για την διερεύνηση λιποθυμικών επεισοδίων) και σε κάποιες περιπτώσεις γενετικά τεστ, απεικονίσεις της καρδιάς με αξονική ή μαγνητική τομογραφία και ηλεκτροφυσιολογική μελέτη (για να μετρήσουμε την ηλεκτρική δραστηριότητα της καρδιάς).

Πώς αντιμετωπίζονται οι αρρυθμίες;

Σημαντική είναι η πρόληψη. Αν και δεν μπορούμε πάντα να τις προλάβουμε, σίγουρα μειώνουμε τον κίνδυνο που μπορεί να έχουν αν:

Ζητήσουμε βοήθεια από τους ειδικούς καρδιολόγους και ακολουθήσουμε τα θεραπευτικά βήματα.

Αθλούμαστε τακτικά.

Αποφεύγουμε το κάπνισμα και διάφορα φάρμακα που τις πυροδοτούν.

Περιορίζουμε την κατανάλωση αλκοόλ.

Συζητάμε με το γιατρό μας πριν πάρουμε οποιοδήποτε φάρμακο ή συμπλήρωμα διατροφής.

Προσέχουμε τη διατροφή μας και κρατούμε ένα κανονικό βάρος.

Ελέγχουμε την αυξημένη πίεση και θεραπεύουμε το σύνδρομο άπνοιας.

Σε περίπτωση που η αρρυθμία θέλει άλλη αντιμετώπιση, τότε μπορεί να συστηθούν:

Φάρμακα ανάλογα με τον τύπο της αρρυθμίας.

Επεμβάσεις, όπως η κατάλυση (ablation).

Εμφυτεύσιμες συσκευές, όπως βηματοδότες, απινιδιστές, θεραπεία επανασυγχρονισμού.

Τι είναι η κατάλυση (ablation) που όλο και πιο συχνά χρησιμοποιείται στις μέρες μας για την αντιμετώπιση των αρρυθμιών;

Σε ειδικά οργανωμένο εργαστήριο, το ηλεκτροφυσιολογικό, γίνεται η επέμβαση κατά την οποία με τοπική αναισθησία τοποθετούνται μέσω των φλεβών καθετήρες στην καρδιά. Με τη βοήθεια αισθητήρων που έχουν στην κορυφή τους, εντοπίζουμε τις περιοχές που παράγουν μη φυσιολογικά ηλεκτρικά σήματα και τις αποκλείουμε είτε με κρύο (cryo-ablation) είτε με θερμότητα (συνήθως ρεύμα ραδιοσυχνότητας), αποκαθιστώντας τον φυσιολογικό ρυθμό της καρδιάς.

Εδώ και δεκαετίες, η μέθοδος αυτή αποτελεί θεραπεία εκλογής για υπερκοιλιακές ταχυκαρδίες, δεμάτια και κοιλιακές ταχυκαρδίες ανθιστάμενες στα φάρμακα. Σήμερα όμως, επιλέγεται ως θεραπεία και για μια πιο συχνή αρρυθμία, την κοιλιακή μαρμαρυγή, η οποία όσο νωρίτερα αντιμετωπιστεί τόσο καλύτερο θα είναι και το αποτέλεσμα.

Τι είναι οι βηματοδότες;

Όταν οι παλμοί είναι χαμηλοί χωρίς να υπάρχει μια αιτία που μπορεί να διορθωθεί, ούτε με φαρμακευτική αγωγή, η λύση είναι ο βηματοδότης. Αυτός είναι μια μικρή συσκευή, η οποία εμφυτεύεται συνήθως κάτω από το υποδόριο στο θώρακα, κάτω από την κλείδα. Η συσκευή αυτή έχει ένα, δύο ή και τρία ηλεκτρόδια που τοποθετούνται σε διαφορετικά σημεία της καρδιάς για να αποκαταστήσουν το φυσιολογικό ηλεκτρικό σύστημα. Πρόκειται για μικρούς υπολογιστές που καταγράφουν το ρυθμό της καρδιάς δίνοντας μας πληροφορίες για άλλες αρρυθμίες και για παραμέτρους που μας βοηθούν στην εξατομίκευση της σωστής λειτουργίας και αντιμετώπιση του ασθενή μας.

Στις μέρες μας τοποθετούμε και βηματοδότες χωρίς ηλεκτρόδια (leadless pacemaker), απευθείας στην καρδιά. Η σωστή επιλογή βηματοδότη είναι διαφορετική για κάθε άνθρωπο και πρέπει να αποφασιστεί με τη βοήθεια ειδικού ηλεκτροφυσιολόγου.

Τι διαφορετικό έχουν οι απινιδιστές (ή απινιδωτές);

Αυτές οι συσκευές που μοιάζουν με τους βηματοδότες έχουν τη δυνατότητα να θεραπεύουν επικίνδυνες για τη ζωή αρρυθμίες, είτε με ταχεία βηματοδότηση, είτε με μικρής ή μεγαλύτερης ενέργειας shock που επαναφέρει τον φυσιολογικό ρυθμό. Τους συστήνουμε σε ασθενείς που έχουν αυξημένο κίνδυνο για αρρυθμιολογικό θάνατο και είναι ένα από τα μεγαλύτερα επιτεύγματα της καρδιολογίας

Οξεία μυοκαρδίτιδα

Μια επείγουσα αλλά και πολύ σοβαρή καρδιολογική νόσος είναι η οξεία μυοκαρδίτιδα. Μια νόσος που μπορεί να προσβάλει όλες τις ηλικίες, από βρέφη ως γέροντες πολύ προχωρημένης ηλικίας. Και όχι μόνο τους προσβάλει αλλά υποδύεται μια σειρά από άλλες νόσους ανάλογα με τα συμπτώματα και το άτομο που πάσχει. Σε βρεφική και παιδική ηλικία εμφανίζεται με δύσπνοια και καρδιακή ανεπάρκεια που παραπέμπει σε συγγενή καρδιοπάθεια. Σε νεανική ηλικία με αρρυθμίες, δύσπνοια και πόνο που οδηγεί τη σκέψη σε μυοκαρδιοπάθεια, βαλβιδοπάθεια ή στεφανιαία νόσο. Σε πιο μεγάλη ηλικία η στεφανιαία νόσος είναι πιο ύποπτη γιατί ο ασθενής πονάει στο στήθος. Σε γεροντική ηλικία μπαίνει η διάγνωση της καρδιακής ανεπάρκειας και όλες οι νόσοι είναι ανοικτές.

Οξεία μυοκαρδίτιδα. Αίτια.

Και όσο ο γιατρός ψάχνει, μια θανατηφόρα αρρυθμία μπορεί να δώσει τον τραγικό επίλογο της νόσου. Κι αν τελικά η κατάληξη δεν είναι τραγική, μια βαριά καρδιακή ανεπάρκεια μπορεί να μείνει μόνιμη κληρονομιά στον ασθενή. Χρειάζεται επομένως άμεση διάγνωση και αντιμετώπιση. Η αιτία είναι κάποια λοιμώδης νόσος που προσβάλλει το περικάρδιο, προκαλεί περικαρδίτιδα και μεταφέρεται στο μυοκάρδιο. Επομένως η νόσος είναι μια οξεία φλεγμονή του μυοκαρδίου. Μπορεί να προκληθεί ως συνέχεια μιας πνευμονίας ή μπορεί να είναι επιπλοκή μιας ιογενούς νόσου. Συχνά μυοκαρδίτιδα προκαλείται από μια παιδική νόσο όπως η ιλαρά π.χ. Επομένως ιοί ή μικρόβια προσβάλλουν το μυοκάρδιο και διαταράσσουν τη λειτουργία του. Οξεία μυοκαρδίτιδα. Συμπτώματα

Τα συμπτώματα μπορεί να είναι πόνος στο στήθος, εύκολη κόπωση και αδυναμία, δύσπνοια, ταχυκαρδία ή αρρυθμίες. Τα συμπτώματα μπορούν να επιδεινωθούν και να εμφανιστεί οξύ πνευμονικό οίδημα ή και ανακοπή. Η αρτηριακή πίεση είναι συχνά χαμηλή και συνυπάρχουν συχνά υψηλός πυρετός και άλλα συμπτώματα της λοίμωξης. Αιματολογικά όλοι οι δείκτες φλεγμονής είναι πολύ αυξημένοι (λευκά αιμοσφαίρια, CRP, ΤΚΕ) ενώ και άλλες εργαστηριακές τιμές είναι αυξημένες λόγω επηρεασμού άλλων οργάνων (ήπατος, νεφρών κλπ.).

Κολπική μαρμαρυγή

-

Κολπική μαρμαρυγή: Τι είναι και πώς αντιμετωπίζεται

Κολπική μαρμαρυγή: Τι είναι και πώς αντιμετωπίζεται;

Στην Ελλάδα οι ασθενείς υπολογίζονται περίπου σε 300.000, αριθμός που αναμένεται να αυξηθεί τα επόμενα χρόνια, λόγω της αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης του γενικού πληθυσμού

Η κολπική μαρμαρυγή» είναι η πιο συχνή καρδιακή αρρυθμία. Στην Ελλάδα οι ασθενείς υπολογίζονται περίπου σε 300.000, αριθμός που αναμένεται να αυξηθεί τα επόμενα χρόνια, λόγω της αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης του γενικού πληθυσμού. Υπολογίζεται ότι το 2050 οι ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή στην Ευρώπη θα ξεπεράσουν τα 20.000.000, συνεπώς μιλάμε για ένα πολύ σημαντικό ιατρικό πρόβλημα που θα συνεχίσει να μας απασχολεί και στο μέλλον.

Τι είναι η κολπική μαρμαρυγή και τι μπορεί να προκαλέσει στους ασθενείς;

«Στην κολπική μαρμαρυγή η καρδιά μας συστέλλεται άρρυθμα λόγω της γρήγορης και χαώδους συστολής των κόλπων με αποτέλεσμα τη μη φυσιολογική λειτουργία της καρδιάς. Η συμπτωματολογία ποικίλει καθώς οι ασθενείς μπορεί να νοιώσουν ζάλη, εύκολη κόπωση, τάση για λιποθυμία, δύσπνοια και προκάρδια δυσφορία.

Έχει δυσάρεστες επιπλοκές, καθώς μπορεί να προκληθεί εγκεφαλικό επεισόδιο, καρδιακή ανεπάρκεια ακόμα και θάνατος. Για να κατανοήσετε το μέγεθος του προβλήματος, υπολογίζεται ότι κάθε 15 δευτερόλεπτα ένας ασθενής με κολπική μαρμαρυγή παθαίνει

εγκεφαλικό επεισόδιο ακόμα και σήμερα με την τεράστια πρόοδο της ιατρικής επιστήμης», επισημαίνει ο κ. Ιωάννης Ρασιιάς Επεμβατικός Καρδιολόγος,

Διευθυντής Κλινικής Αρρυθμιών-Ηλεκτροφυσιολογίας και Βηματοδότησης Metropolitan General.

Πώς αντιμετωπίζεται η κοιλιακή μαρμαρυγή;

Η θεραπευτική προσέγγιση των ασθενών με κοιλιακή μαρμαρυγή έχει δύο στόχους:

Την προφύλαξη των ασθενών από θρομβοεμβολικά επεισόδια και κυρίως εγκεφαλικών που είναι η κυριότερη επιπλοκή της αρρυθμίας με τη χρήση αντιπηκτικών φαρμάκων.

Τη διατήρηση του φυσιολογικού ρυθμού και τη μείωση των υποτροπών της που επιτυγχάνεται είτε με την αντιαρρυθμική αγωγή είτε με τη κατάλυση (Ablation).

Τι είναι η κατάλυση (ablation)

«Η κατάλυση της κοιλιακής μαρμαρυγής είναι μια επέμβαση η οποία έχει στόχο την απομόνωση των αρρυθμογόνων εστιών της καρδιάς και κυρίως των πνευμονικών φλεβών που ευθύνονται στο μεγαλύτερο ποσοστό για αυτή την αρρυθμία.

Με ειδικούς καθετήρες που μπαίνουν από τις φλέβες των κάτω άκρων και οδηγούνται στη καρδιά, βρίσκουμε τις εστίες που υποπτευόμαστε ότι ευθύνονται για την αρρυθμία και τις απομονώνουμε. Η επέμβαση αυτή γίνεται με τοπική αναισθησία και ήπια καταστολή

Στο Metropolitan General ανάλογα με τα χαρακτηριστικά των ασθενών και το σχεδιασμό της επέμβασης χρησιμοποιούμε όλες τις μεθόδους οι οποίες χρησιμοποιούνται διεθνώς στα καλύτερα νοσηλευτικά ιδρύματα και πιο συγκεκριμένα τη μέθοδο της κρυοκατάλυσης (Cryo Ablation), τη μέθοδο της τρισδιάστατης χαρτογράφησης και τη χρήση καθετήρων που χορηγούν υψίσυχο ρεύμα καθώς και το farapulse ablation που είναι ότι πιο σύγχρονο κυκλοφορεί διεθνώς.

Η επέμβαση διαρκεί από 1 έως 2 ώρες και την επόμενη ημέρα ο ασθενής παίρνει εξιτήριο και πηγαίνει στο σπίτι του», τονίζει ο ειδικός.

Ποιοι ασθενείς είναι κατάλληλοι για αυτή την επέμβαση

«Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής αλλά και της Αμερικανικής Καρδιολογικής Εταιρείας, όλοι οι ασθενείς μπορούν να υποβληθούν στην επέμβαση αυτή ακόμα και ως πρώτη θεραπευτική προσέγγιση χωρίς να δοκιμάσουμε καθόλου αντιαρρυθμική αγωγή ιδίως όταν αναφερόμαστε σε νέους ασθενείς με συχνά επεισόδια και έντονη συμπτωματολογία», καταλήγει ο κ. Ρασιιάς.

<https://www.cardiodoctor.gr/category/%CE%BA%CE%B1%CF%81%CE%B4%CE%B9%CE%B1%CE%BA%CE%B5%CF%82-%CF%80%CE%B1%CE%B8%CE%B7%CF%83%CE%B5%CE%B9%CF%82/>

<https://www.novartis.com/gr-el/patients-and-caregivers/diseases/heart-failure>

<https://www.iatriko.gr/el/disease/kardiaki-aneparkeia?cl=609>

<https://anassageneral.gr/ti-einai-i-artiriaki-ypertasi/>

<https://www.metropolitan-hospital.gr/el/metropolitan-blog/%CE%BA%CF%85%CE%BA%CE%BB%CE%BF%CF%86%CE%BF%CF%81%CE%B9%CE%BA%CF%8C-%CF%83%CF%8D%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BC%CE%B1/2548-%CE%B1%CF%81%CF%84%CE%B7%CF%81%CE%B9%CE%B1%CE%BA%CE%AE-%CF%85%CF%80%CE%AD%CF%81%CF%84%CE%B1%CF%83%CE%B7-%CE%B1%CF%80%CF%8C-%CF%84%CE%B9-%CF%80%CF%81%CE%BF%CE%BA%CE%B1%CE%BB%CE%B5%CE%AF%CF%84%CE%B1%CE%B9-%CE%BA%CE%B1%CE%B9-%CF%80%CF%8E%CF%82-%CE%B8%CE%B5%CF%81%CE%B1%CF%80%CE%B5%CF%8D%CE%B5%CF%84%CE%B1%CE%B9>

https://el.m.wikipedia.org/wiki/%CE%A3%CF%84%CE%B5%CF%86%CE%B1%CE%BD%CE%B9%CE%B1%CE%AF%CE%B1_%CE%BA%CE%B1%CF%81%CE%B4%CE%B9%CE%B1%CE%BA%CE%AE_%CE%BD%CF%8C%CF%83%CE%BF%CF%82

<https://www.iatriko.gr/el/content/ti-einai-i-stefaniaia-nosos?cl=609>

<https://www.iatriko.gr/el/disease/stefaniaia-nosos?cl=609>

<https://www.kotoulas.com/μέσα-τύπος/blog/51-περικαρδίτιδα-μια-συχνή-αιτία-θωρακικού-πόνου>

<https://www.heartpneumo.gr/%CE%B3%CE%B9%CE%B1-%CF%84%CE%BF%CE%BD-%CE%B1%CF%83%CE%B8%CE%B5%CE%BD%CE%AE/%CF%80%CE%B5%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%B1%CF%81%CE%B4%CE%AF%CF%84%CE%B9%CE%B4%CE%B1>

<https://heartpoint.gr/heart-diseases/heart-infections-and-inflammations/pericarditis/>

https://drasvestas.gr/ipertrofiki_miokardipatheia/

<https://www.metropolitan-hospital.gr/el/metropolitan-blog/%CF%85%CE%B3%CE%B9%CE%B5%CE%B9%CE%BD%CE%AE-%CE%B6%CF%89%CE%AE/1740-%CF%85%CF%80%CE%B5%CF%81%CF%87%CE%BF%CE%BB%CE%B7%CF%83%CF%84%CE%B5%CF%81%CE%BF>

[%CE%BB%CE%B1%CE%B9%CE%BC%CE%AF%CE%B1-%CE%AD%CE%BD%CE%B1%CF%82-%C2%AB%CF%8D%CF%80%CE%BF%CF%85%CE%BB%CE%BF%CF%82%C2%BB-%CE%B5%CF%87%CE%B8%CF%81%CF%8C%CF%82](#)

<https://el.m.wikipedia.org/wiki/%CE%A5%CF%80%CE%B5%CF%81%CF%87%CE%BF%CE%BB%CE%B7%CF%83%CF%84%CE%B5%CF%81%CE%BF%CE%BB%CE%B1%CE%B9%CE%BC%CE%AF%CE%B1>

<https://www.metropolitan-hospital.gr/el/metropolitan-blog/%CE%BA%CF%85%CE%BA%CE%BB%CE%BF%CF%86%CE%BF%CF%81%CE%B9%CE%BA%CF%8C-%CF%83%CF%8D%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BC%CE%B1/2474-%CE%BA%CE%B1%CF%81%CE%B4%CE%B9%CE%B1%CE%BA%CE%AD%CF%82-%CE%B1%CF%81%CF%81%CF%85%CE%B8%CE%BC%CE%AF%CE%B5%CF%82-%CF%84%CE%B9-%CF%80%CF%81%CE%BF%CE%BA%CE%B1%CE%BB%CE%BF%CF%8D%CE%BD-%CF%83%CF%84%CE%BF%CE%BD-%CE%BF%CF%81%CE%B3%CE%B1%CE%BD%CE%B9%CF%83%CE%BC%CF%8C-%CE%BC%CE%B1%CF%82-%CE%BA%CE%B1%CE%B9-%CF%80%CF%8E%CF%82-%CE%BC%CF%80%CE%BF%CF%81%CE%BF%CF%8D%CE%BC%CE%B5-%CE%BD%CE%B1-%CF%84%CE%B9%CF%82-%CE%B1%CE%BD%CF%84%CE%B9%CE%BC%CE%B5%CF%84%CF%89%CF%80%CE%AF%CF%83%CE%BF%CF%85%CE%BC%CE%B5>

<https://www.cardiodoctor.gr/%CE%BF%CE%BE%CE%B5%CE%AF%CE%B1-%CE%BC%CF%85%CE%BF%CE%BA%CE%B1%CF%81%CE%B4%CE%AF%CF%84%CE%B9%CE%B4%CE%B1/>

https://www.dimoprasion.gr/kolpiki-marmarygi-ti-einai-kai-pos-antimetopizetai/?gad_source=1&gclid=Cj0KCQiAtaOtBhCwARIsAN_x-3JXoekinSlusFu2dNyXNb3QVRzufujUzU4VLDyRY0d7ost_ljYppT8aApbWEALw_wcB