

# Καρδιακή ανεπάρκεια - Η νόσος με τη σταδιακά αυξανόμενη ενδονοσοκομειακή νοσηλεία



Από την  
**Δρ. Αγγελική Ελευθερίου,**  
Ειδικό Καρδιολόγο,  
Διευθύντρια Καρδιολογικού Τμήματος,  
Ιατρικού Κέντρου Αθηνών

Η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια (ΣΚΑ) είναι μια 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 ΣΚΑ είναι η τελική κατάληξη πολλαπλών καρδιακών παθήσεων.

Η ΣΚΑ ήταν γνωστή από την αρχαιότητα. Ο πατέρας της Ιατρικής, Ιπποκράτης πίστευε τα κάτωθι: «Οίδημα ανά σάρκα προκαλείται κυρίως όταν κάποιος ύστερα από μακροχρόνια αρρώστια παραμένει χωρίς κάθαρση για πολύ καιρό. Η σάρκα φθείρεται και λιώνει και γίνεται υδαρής. Η κοιλιά γεμίζει νερό, οι κνήμες και τα πόδια γίνονται οίδηματώδη. Εάν ξεκινήσει αγωγή από την αρχή πριν η συσσώρευση του νερού γίνει υπερβολική, πρέπει να χορηγήσεις καθαρτικά (διουρητικά) τα οποία θα αποβάλουν το νερό ή το φλέγμα».

Στις μέρες μας περίπου **6 εκατομμύρια Αμερικανοί πολίτες στις ΗΠΑ και 1% του πληθυσμού στο Ηνωμένο Βασίλειο** πάσχουν από ΣΚΑ. **Η επίπτωση της νόσου είναι 10 άτομα /1000** σε ηλικίες μεγαλύτερες των 65 ετών. Η ΣΚΑ είναι είτε οξεία, όταν τα συμπτώματα είναι πρόσφατα είτε χρόνια, όταν υπάρχει εξελισσόμενη πορεία. **Τα συμπτώματα** είναι δύσπνοια (προσπάθειας ή ηρεμίας), αδυναμία, κόπωση, οίδημα κάτω άκρων, ταχυκαρδία ή αρρυθμία, μειωμένη αντοχή στην άσκηση, επίμονος βήχας ή συριγμός με λευκώπα 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 ΣΚΑ είναι πολλαπλοί. Η ύπαρξη ενός παράγοντα κινδύνου είναι ικανή για την εμφάνιση

ΣΚΑ 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 εξασθένιση του μυοκαρδικού ιστού ως επίσης και **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 εξασθένιση του καρδιακού μυός. Επίσης, **ο διαβήτης** μπορεί να οδηγήσει σε ΣΚΑ, διότι αυξάνει τον κίνδυνο τόσο της στεφανιαίας νόσου όσο και της αρτηριακής υπέρτασης. Ενοχοποιητικά για την εμφάνιση ΣΚΑ είναι και **μερικά αντιδιαβητικά δισκία. Οι ανοϊκές 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 ΣΚΑ έχει γεννηθεί με **δομικά καρδιακά ελλείμματα**. Τέλος, οι **παραμελημένες βαλβιδοπάθειες** μπορεί να είναι αιτία ΣΚΑ.

**Οι επιπλοκές** είναι πολλαπλές.

Η ΣΚΑ δύναται να οδηγήσει σε **νεφρική ανεπάρκεια** (κυρίως σε παραμελημένες περιπτώσεις) λόγω μειωμένης παροχής αίματος στα νεφρά. Επίσης, **η λειτουργία των καρδιακών βαλβίδων και του ήπατος** μπορεί να επιδεινωθεί από την αυξημένη κατακράτηση υγρών. Η ροή μέσω της καρδιακής αντλίας είναι μειωμένη, γεγονός που συντελεί στην **πιθανή ανάπτυξη θρόμβου** και εμφάνιση καρδιακών ή/και εγκεφαλικών επεισοδίων.

Στις μέρες μας η έγκαιρη αντιμετώπιση μπορεί να βελτιώσει σε ουσιαστικό βαθμό τα συμπτώματα και την ποιότητα ζωής των ασθενών. Παρά ταύτα η ΣΚΑ συνεχίζει να είναι μια απειλητική για τη ζωή ασθένεια διότι δύναται να οδηγήσει σε αιφνίδιο θάνατο.

**Η διάγνωση της ΣΚΑ** στηρίζεται στη λήψη του ιστορικού, στην κλινική εξέταση αλλά και σε μια σειρά **παρακλινικών εξετάσεων** που περιλαμβάνουν αιματολογικές εξετάσεις συμπεριλαμβανομένου του **νατριουρητικού πεπτιδίου (NT - pro-BNP)** που είναι αξιόπιστος προγνωστικός δείκτης, **της ακτινογραφίας θώρακος, του ΗΚΓ φήματος και της δοκιμασίας κόπωσης ή του δυναμικού υπερηχογραφήματος με δοβουταμίνη**. Σαφέστατα πρωταρχικό ρόλο στην εκτίμηση της καρδιακής λειτουργίας στην παρουσία νόσου αποτελεί το **υπερηχοκαρδιογράφημα καρδιάς**. Κατά τη διάρκεια αυτής της εξέτασης δίνεται η δυνατότητα υπολογισμού του κλάσματος εξώθησης που είναι αντικειμενικός δείκτης εκτίμησης της βαρύτητας της νόσου. Σε επιλεκτικές περιπτώσεις, πληροφορίες για τα αίτια της νόσου αλλά και τη βαρύτητα αυτής μπορεί να παρέχει και **η μαγνητική τομογραφία καρδιάς**. Τα αποτελέσματα των κλινικών και παρακλινικών εξετάσεων βοηθούν τον εκάστοτε καρδιολόγο στην ταξινόμηση της βαρύτητας του περιστατικού και στον καθορισμό της θεραπευτικής αντιμετώπισης.

**Η κλίμακα κατά New York Heart Association (NYHA)** είναι διεθνής προκειμένου να κατηγοριοποιούνται οι ασθενείς βάσει των συμπτωμάτων τους. Στην τάξη I (κατά NYHA) οι ασθενείς δεν παρουσιάζουν συμπτώματα. Στην τάξη II (κατά NYHA)

δεν υπάρχουν συμπτώματα στη συνήθη δραστηριότητα αλλά οι ασθενείς αιτιώνται κόπωση στην έντονη άσκηση. Στην τάξη III (κατά NYHA) τα συμπτώματα εμφανίζονται πλέον και στη συνήθη δραστηριότητα και τέλος στην τάξη IV (κατά NYHA) που είναι η πλέον σοβαρή κατάσταση, ο ασθενής παρουσιάζει έντονη δύσπνοια εν ηρεμία. Μια δεύτερη ταξινόμηση είναι αυτή του **Αμερικανικού Κολεγίου Καρδιολογίας** που χρησιμοποιεί διαβάθμιση της νόσου από το A στο D ανάλογα με τους επιβαρυντικούς παράγοντες που έχουν οι ασθενείς, τη συμπτωματολογία τους και τη δυναμική εξέλιξη της νόσου. Για παράδειγμα, οι ασθενείς σταδίου A παρουσιάζουν αρκετούς επιβαρυντικούς παράγοντες για ΣΚΑ χωρίς εμφάνιση νόσου. Ενώ οι ασθενείς σταδίου D είναι στο τελικό στάδιο της νόσου και αντιμετωπίζονται μόνο ενδονοσοκομειακά. Η προαναφερθείσα ταξινόμηση βοηθά στην καταγραφή των παραγόντων κινδύνου και στην έναρξη έγκαιρης και επιθετικής θεραπείας, προκειμένου να προβληφθεί ή να επιβραδυνθεί η εξέλιξη της νόσου.

**Στην αντιμετώπιση της** χρησιμοποιούνται στην εποχή μας αρκετές κατηγορίες φαρμάκων όπως οι **β- αναστολείς, οι αναστολείς των υποδοχέων της αγγειοτενσίνης II, η δακτυλίτιδα, τα διουρητικά, η σπιρονολακτόνη ή η επλερενόνη**. Επίσης, πολλές φορές κρίνεται απαραίτητη βάση ενδείξεων **η σορτοστεφανιαία παράκαμψη ή η αντικατάσταση βαλβίδων**. Σε περιπτώσεις καταγραφής επικίνδυνων (απειλητικών) αρρυθμιών υπάρχει **η δυνατότητα εμφύτευσης απινιδωτή** που με διάφορους τρόπους αποκαθιστά το φυσιολογικό καρδιακό ρυθμό.



**Η εξέλιξη σε ερευνητικό επίπεδο** συντέλεσε στην ταυτοποίηση **της έννοιας του δυσυγχρονισμού** που παρουσιάζει μερίδα των ασθενών με ΣΚΑ και οφείλεται σε βλάβη του ηλεκτρικού συστήματος της καρδιάς τους. Στους συγκεκριμένους ασθενείς **η εμφύτευση αμφικοιλιακού βηματοδότη** και η εξισορρόπηση του συγχρονισμού των τμημάτων της καρδιάς οδηγεί σε θεαματικά αποτελέσματα. Τα τελευταία χρόνια στους ασθενείς με τελικό στάδιο ΣΚΑ εμφυτεύονται **συσκευές μηχανικής υποβοήθησης της καρδιάς (LVADs)** στην κοιλιακή ή προκάρδια χώρα. Ο αρχικός σχεδιασμός των συσκευών αυτών έγινε ως μια «γέφυρα» για μεταμόσχευση μιας και σε κάποιες περιπτώσεις η μεταμόσχευση δεν είναι εφικτή ή καθυστερεί πολύ η ανεύρεση μοσχεύματος. Οι τελευταίες μελέτες όμως έδειξαν ότι σε πλείστες των περιπτώσεων οι LVADs δύνανται να βελτιώσουν την καρδιακή λειτουργία και να υποκαταστήσουν τη μεταμόσχευση. Ωστόσο, οι παρούσες διαπιστώσεις βρίσκονται σε εξέλιξη. Οι ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται σε καμία από τις προαναφερθείσες θεραπείες **οδηγούνται σε μεταμόσχευση**. Δυστυχώς τις περισσότερες φορές η αναμονή μπορεί να ξεπεράσει μήνες ή χρόνια.

Είναι αξιοσημείωτο ότι **ουσιαστικές τροποποιήσεις στον καθημερινό τρόπο ζωής** μπορούν να προλάβουν την επιδείνωση της νόσου. Αρχικά **η διακοπή του καπνίσματος** προστατεύει τα στεφανιαία αγγεία, μειώνει την αρτηριακή



πίεση και το καρδιακό έργο. Επιπλέον **η ρύθμιση του σωματικού βάρους (ΣΒ)** ως επίσης και **ο καθημερινός περιορισμός λήψης κορεσμένων λιπαρών οξέων και χοληστερόλης** - ως επιβαρυντικοί παράγοντες για ΣΝ -



μειώνουν τις πιθανότητες εμφάνισης ΣΚΑ. Σαφής σύσταση δίνεται για **περιορισμό κατανάλωσης αλκοόλ** στις περιπτώσεις ΣΚΑ αφού αφενός η χρήση του αλκοόλ επιδρά με την εκάστοτε φαρμακευτική αγωγή, αφετέρου αποδυναμώνει τον καρδιακό μυ και επίσης αυξάνει τον αρρυθμολογικό κίνδυνο. Αναντίρρητα, σε σοβαρές περιπτώσεις ΣΚΑ συνιστάται **περιορισμός των υγρών και του άλατος**, αφού έμμεσα οδηγεί σε κατακράτηση υγρών. Σε ασθενείς με ΣΚΑ η συνιστώμενη καθημερινή πρόσληψη άλατος δεν πρέπει να ξεπερνά τα 2 mg. Εάν συνυπάρχει αρτηριακή υπέρταση ή ο ασθενής είναι μεγαλύτερος από 50 ετών ο στόχος είναι 1,5 mg ημερήσια πρόσληψη άλατος. **Η αεροβική άσκηση** βοηθά ουσιαστικά στη μείωση των αναγκών του μυοκαρδιακού ιστού. Σαφώς θα πρέπει να καταρτιστεί ειδικό πρόγραμμα στους ασθενείς με ΣΚΑ. **Η αποφυγή έντονου συγκινησιακού φορτίου και στρεσογόνων παραγόντων** οδηγεί ουσιαστικά στη μείωση του καρδιακού έργου, επομένως στη σταθεροποίηση και βελτίωση της νόσου. Τέλος, σε περιπτώσεις ανοϊκών κρίσεων κατά τη διάρκεια του ύπνου θα πρέπει να γίνει η σχετική μελέτη ύπνου και να δοθούν οι ανάλογες οδηγίες. Στις ΗΠΑ κάθε χρόνο καταγράφονται 500 χιλιάδες καινούριες περιπτώσεις. **Υπολογίζεται ότι τα επόμενα χρόνια η ΣΚΑ θα είναι η πιο συχνή διάγνωση και θα «ευθύνεται» για τις περισσότερες εισαγωγές στα νοσοκομεία.** Και αυτό γιατί με τις νέες τεχνικές και τα φάρμακα πολλοί ασθενείς επιζούν και μακροχρόνια οδηγούνται προς καρδιακή ανεπάρκεια.

Με την τρέχουσα εφαρμοζόμενη δραστική θεραπεία επιτυγχάνουμε τόσο την επιβράδυνση της εξέλιξης της νόσου όσο και τη βελτίωση της λειτουργίας της αριστερής κοιλίας λόγω αναστροφής της αναδιαμόρφωσής της. Ως εκ τούτου βελτιώνεται η ποιότητα ζωής των ασθενών (αφού ανακουφίζονται από τα συμπτώματά τους) που αποτελεί και τον πρωτεύοντα στόχο στη θεραπεία της ΣΚΑ. Η πρόληψη της ΣΚΑ είναι το παν και γι' αυτό θα πρέπει να ελεγχθούν και να εκμηδενιστούν όλοι οι παράγοντες κινδύνου τροποποιώντας τη διατροφή, τον τρόπο ζωής και λαμβάνοντας όπου είναι απαραίτητο τη συνιστώμενη φαρμακευτική αγωγή. ♦

## Αλλαγές στον τρόπο ζωής = πρόληψη της ΣΚΑ

**01**  
Αποφυγή καπνίσματος



**02**  
Ρύθμιση αρτηριακής υπέρτασης



**03**  
Ρύθμιση χοληστερόλης και σακχάρου



**04**  
Αερόβια άσκηση



**05**  
Υγιεινή διατροφή



**06**  
Κανονικό ΣΒ (BMI)

**07**  
Μείωση στρεσογόνων παραγόντων

