



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

Αθήνα, 21 Οκτωβρίου 2011

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

32ο Πανελλήνιο Καρδιολογικό Συνέδριο

ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Γ. Παρχαρίδης

ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ

Ι. Καλλιμάζαρος

Τ.ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Β.Ν. Πυργάκης

ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΥΣ

Κ. Τσιούφης

ΤΑΜΙΑΣ

Γ. Κοχτιάδακης

ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ

Ι. Βλασερός

Ι. Κωνσταντίνης

Ε. Μάτσικας

Γ. Μπομπούτης

ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ

Γ. Γιαννιόπουλος

ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΕΚΕ

Π. Βάρδας

Χρ. Στεφανιάδης

Διαστάσεις παγκόσμιας επιδημίας λαμβάνουν σήμερα οι καρδιαγγειακές παθήσεις, καθώς ευθύνονται για **17.1 εκατομμύρια θανάτους σε όλο τον κόσμο**, οι οποίοι αποτελούν **πάνω από το 30% της παγκόσμιας θνησιμότητας!** Το πλέον απογοητευτικό, όμως, είναι ότι η «έκρηξη» αυτή αναμένεται να **συνεχιστεί** και τα επόμενα χρόνια, καθώς οι ειδικοί εκτιμούν ότι **μέχρι το 2025** ο αριθμός των θανάτων από **καρδιαγγειακά συμβάματα** αναμένεται να ξεπερνά τα **25 εκατομμύρια!**

Ο κύριος εκπρόσωπός τους, η **αθηροσκληρωτική νόσος** αποτελεί μια από τις ελάχιστες παθήσεις του ανθρώπινου οργανισμού που εμφανίζουν μια τόσο μακρά περίοδο «επώασης», με την αθηροσκλήρωση να ξεκινά την **προσβολή των αρτηριών** μας ήδη από την **πρώτη και δεύτερη δεκαετία της ζωής!**

Η **αρτηριακή υπέρταση** είναι ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου για αθηροσκληρωτική νόσο και κύρια αιτία πρόωρης νοσηρότητας και θνησιμότητας. Υπολογίζεται ότι **ευθύνεται** για το **6% των θανάτων παγκοσμίως**, το **62% των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων** και το **49% των εμφραγμάτων του μυοκαρδίου**. Ένα **δισεκατομμύριο** άτομα παγκοσμίως, δηλαδή το **20% του ενήλικου πληθυσμού**, **πάσχει από υπέρταση** και αυτός ο αριθμός **αναμένεται να αυξηθεί σε 1,5 δισεκατομμύριο έως το 2025**.

Η **στεφανιαία νόσος** παραμένει η **κύρια αιτία θνησιμότητας**, με τους επιστήμονες να **κρούουν τον κώδωνα του κινδύνου** και να τονίζουν την ανάγκη αλλαγής του τρόπου ζωής όλων μας, με την καταπολέμηση των κυριότερων παραγόντων κινδύνου ανάπτυξής της. Εκτός από την υπέρταση, αυτοί είναι το **κάπνισμα**, ο **σακχαρώδης διαβήτης**, η **παχυσαρκία**, η **έλλειψη σωματικής άσκησης** και οι **υψηλές τιμές χοληστερόλης** στο αίμα.

Ωστόσο, με τη συνεχή επιστημονική έρευνα και την εισαγωγή όλο και πιο σύγχρονων επεμβατικών τεχνικών, όπως η πρωτογενής αγγειοπλαστική, η διαδερμική εμφύτευση βαλβίδων, η πρωτοποριακή μέθοδος της απονεύρωσης των νεφρών κτλ. διευρύνονται οι ορίζοντες της Ιατρικής επιστήμης στη θεραπεία των καρδιαγγειακών παθήσεων, καθώς στα ήδη πολύ αποτελεσματικά σύγχρονα φάρμακα προστίθενται συνεχώς νέα «όπλα» στη φαρέτρα των ιατρών. Με τον τρόπο αυτόν, γεννιούνται νέες ελπίδες για καλύτερη ποιότητα ζωής και αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης εκατομμυρίων ατόμων με στεφανιαία νόσο, βαλβιδοπάθειες, συγγενείς καρδιοπάθειες, ανθεκτική υπέρταση κτλ σε ολόκληρο τον κόσμο.

Με αυτά τα δεδομένα, η Ελληνική Καρδιολογική Εταιρεία (Ε.Κ.Ε.), στο πλαίσιο της μόνιμα ενεργής παρουσίας της σε κάθε επιστημονική και εκπαιδευτική δράση που προάγει την Καρδιολογία στη χώρα μας, διοργανώνει το 32^ο Πανελλήνιο Καρδιολογικό Συνέδριο στις 20 – 22 Οκτωβρίου 2011 στη Θεσσαλονίκη, στο ξενοδοχείο MACEDONIA PALACE.

Αυτά τόνισαν σήμερα σε συνέντευξη τύπου ο Πρόεδρος της Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας (Ε.Κ.Ε.), Καθηγητής Καρδιολογίας κ. Γεώργιος Παρχαρίδης, ο Αντιπρόεδρος της Ε.Κ.Ε., Συντονιστής Διευθυντής του Καρδιολογικού Τμήματος του Γ.Ν. Αθηνών «Ιπποκράτειο» κ. Ιωάννης Καλλικάζαρος, ο Γενικός Γραμματέας της Ε.Κ.Ε., Επίκουρος Καθηγητής Καρδιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. Αθηνών «Ιπποκράτειο» κ. Κωνσταντίνος Τσιούφης και ο τ. Πρόεδρος της Ε.Κ.Ε., Διευθυντής της Καρδιολογικής Κλινικής του Γ.Ν. Αθηνών «Γεώργιος Γεννηματάς» κ. Βλάσιος Πυργάκης.

Πρόκειται για ένα σπουδαίο επιστημονικό γεγονός, στο οποίο συμμετέχουν έγκριτοι Έλληνες και ξένοι ειδικοί που έχουν συμβάλει ουσιαστικά στην εξέλιξη της έρευνας και της θεραπευτικής αντιμετώπισης των καρδιαγγειακών νοσημάτων, τόσο στη χώρα μας, όσο και διεθνώς. Κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου έχουν προγραμματιστεί διακεκριμένες διαλέξεις, στρογγυλά τραπέζια, Workshops και αναρτημένες ανακοινώσεις στοχευμένα σε σύγχρονα επιστημονικά πεδία που ενδιαφέρουν τόσο τους ειδικευμένους στο αντικείμενο Καρδιολόγους, όσο και επιστήμονες άλλων ειδικοτήτων, όπως Γενικούς Παθολόγους, Διαβητολόγους, Καρδιοχειρουργούς, Αγγειοχειρουργούς κτλ.

Καθ' όλη τη διάρκεια του Συνεδρίου, οι εκπρόσωποι του τύπου θα έχουν τη δυνατότητα να ενημερωθούν και να ζητήσουν περαιτέρω στοιχεία από τους εισηγητές των επιμέρους θεμάτων για θέματα που ενδιαφέρουν το ευρύ κοινό.

ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ ΟΜΙΛΗΤΩΝ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

Όπως υπογράμμισε ο Πρόεδρος της Ε.Κ.Ε., Καθηγητής κ. Γεώργιος Παρχαρίδης, το 2011 καθορίστηκε από την Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Εταιρεία (Ε.Σ.Σ.) ως έτος καταγραφής των διάφορων καρδιαγγειακών νοσημάτων. Οι καταγραφές βοηθούν στην καλύτερη αντιμετώπιση των ασθενών και στη γνώση της γεωγραφικής ποικιλίας των καρδιακών νοσημάτων στις διάφορες χώρες της Ευρώπης. Η Ελληνική Καρδιολογική Εταιρεία αποφάσισε να πραγματοποιήσει στην Ελλάδα την καταγραφή των συγγενών καρδιοπαθειών ενηλίκων και την καταγραφή των ασθενών που υποβάλλονται σε πρωτογενή αγγειοπλαστική, στο πλαίσιο διεξαγωγής του Ευρωπαϊκού Προγράμματος «Stent For Life».

Σε ό,τι αφορά τις **συγγενείς καρδιοπάθειες ενηλίκων**, έχει βρεθεί ότι το **0,8 των γεννήσεων έχουν κάποιας μορφής συγγενή καρδιοπάθεια** (περίπου 1 στις 100 γεννήσεις). Τα τελευταία χρόνια, λόγω της επιτυχίας της **νεογνικής επιδιόρθωσης** των καρδιακών ανωμαλιών, περίπου το **85% των ασθενών φθάνουν στην ενηλικίωση**. Με βάση τα τρέχοντα ποσοστά διεγχειρητικής θνησιμότητας <5%, στην **επόμενη δεκαετία** αναμένεται να έχουν κάποιας μορφής συγγενή καρδιοπάθεια περίπου **1/150 νέοι ενήλικες**. Από καταγραφές που έγιναν σε άλλες χώρες προέκυψε ότι στην **Ολλανδία** υπάρχουν **362 ενήλικες με συγγενή καρδιοπάθεια ανά εκατομμύριο πληθυσμού**, στη **Σουηδία 676**, στις **Η.Π.Α. 2.800** και στον **Καναδά 3.293**.

Με την πάροδο των ετών **αυξάνεται σημαντικά ο αριθμός των ενηλίκων ασθενών με συγγενή καρδιοπάθεια**. Η αύξηση αυτή οφείλεται, πρώτον, στην **πρόοδο της Καρδιοχειρουργικής σε νεογνική και παιδική ηλικία** και, δεύτερον, στη **μη έγκαιρη διάγνωση σε απομονωμένες περιοχές ή σε μετανάστες**. Για όλα τα παραπάνω, η **Ελληνική Καρδιολογική Εταιρεία** δημιουργεί ένα **μητρώο καταγραφής ενηλίκων ασθενών με συγγενή καρδιοπάθεια**. Η καταγραφή θα έχει **σημαντικά αποτελέσματα**, όπως **παραπομπή των ασθενών σε εξειδικευμένα κέντρα**, **βελτίωση της αντιμετώπισής τους**, **βελτίωση της ποιότητας ζωής τους** και **διεύρυνση των επιστημονικών γνώσεων** για αυτή την κατηγορία των ασθενών.

Σε ό,τι αφορά την **πρωτογενή αγγειοπλαστική**, αυτή αποτελεί σήμερα τη **θεραπεία εκλογής του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου**, ανέφερε ο Καθηγητής. Έχει βρεθεί ότι **ελαττώνει τη βραχυπρόθεσμη θνητότητα** (χρόνος μικρότερος των 6 εβδομάδων) **κατά 34%** και τη **μακροπρόθεσμη θνητότητα** (χρόνος μεγαλύτερος από ένα χρόνο) **κατά 24%**. Τα ποσοστά επαναιμάτωσης με πρωτογενή αγγειοπλαστική είναι πολύ μεγάλα σε ορισμένες χώρες που εγγίζουν τα ποσοστά **50-80%**, ενώ η **Ελλάδα** μέχρι το 2009 εμφάνιζε ένα ποσοστό δυστυχώς **μόλις 9%**. Τα τελευταία χρόνια το ποσοστό αυτό ανέβηκε στο **20%**.

Οι **προτεραιότητες** του Προγράμματος «**Stent For Life**» είναι:

1. **Προσδιορισμός χωρών με άμεση ανάγκη βελτίωσης της επεμβατικής θεραπείας των οξέων στεφανιαίων συνδρόμων.**

1α. **Εφαρμογή ενεργού προγράμματος πρωτογενούς αγγειοπλαστικής**, με στόχο την πραγματοποίησή της στο 70% των ασθενών με οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου.

2. **Εκπαίδευση του προσωπικού του ΕΚΑΒ και ανάλογος εξοπλισμός των ασθενοφόρων.**

2α. **Δυνατότητα αποστολής ΗΚΓφήματος (τηλεϊατρική)** στο Νοσοκομείο με Αιμοδυναμικό Εργαστήριο.

2β. **Μεταφορά με ελικόπτερο** από ορεινές ή νησιωτικές περιοχές. Το σημαντικότερο γεγονός για να είναι επιτυχής μια πρωτογενής αγγειοπλαστική είναι ο **χρόνος μετάβασης σε Νοσοκομείο με Αιμοδυναμικό Εργαστήριο**. Ο χρόνος αυτός μπορεί να είναι μέσα στο πλαίσιο του ιδεατού, δηλαδή να φθάσει ο ασθενής στο Νοσοκομείο **μέσα σε δύο ώρες από την έναρξη του καρδιακού επεισοδίου** όταν:

α. **Παρακάμπτονται τα Νοσοκομεία χωρίς Αιμοδυναμικό Εργαστήριο**

β. **Ειδοποιείται τηλεφωνικά το Αιμοδυναμικό – Διαγνωστικό ΗΚΓ .**

γ. Μπορεί, επίσης, ο ασθενής να εισάγεται στο Νοσοκομείο χωρίς Αιμοδυναμικό, αλλά μετά τη διάγνωση **να παραπέμπεται σε Νοσοκομείο με Αιμοδυναμικό Εργαστήριο.**

Αναφερόμενος στις παθήσεις των καρδιακών βαλβίδων και τη θεραπευτική προσέγγισή τους, ο κ. Καλλικάζαρος τόνισε ότι η πιο συχνή βαλβιδική νόσος των ενηλίκων είναι η **στένωση της αορτικής βαλβίδας**. Σύμφωνα με προσφάτως δημοσιευμένα στοιχεία της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας, περίπου **το 33% των ασθενών ηλικίας μεγαλύτερης των 75 ετών με σοβαρή συμπτωματική στένωση αορτής δεν υποβάλλονται σε χειρουργική αντικατάσταση της βαλβίδας**, παρά το ότι αυτό αποτελεί την **μόνη θεραπεία**.

Η **κύρια αιτία** για την οποία η χειρουργική επέμβαση δεν πραγματοποιείται είναι ο **υψηλός χειρουργικός κίνδυνος**, λόγω των **σημαντικών συνυπαρχόντων προβλημάτων υγείας** που συχνά συνοδεύουν ασθενείς προχωρημένης ηλικίας (νεφρική ανεπάρκεια, βαρύ βρογχικό άσθμα, καρκίνος κτλ). Το γεγονός αυτό οδήγησε στην **επινόηση νέων διαδερμικών μεθόδων και τεχνικών** που να επιτρέπουν την **αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας χωρίς τη διενέργεια χειρουργικής θωρακοτομής**, σε αυτούς ακριβώς τους ασθενείς. Σήμερα η **πρωτοποριακή αυτή επέμβαση** πραγματοποιείται με επιτυχία και **σε διάφορα Κέντρα της χώρας μας**.

Πρόσφατα στο Πανευρωπαϊκό Καρδιολογικό Συνέδριο που πραγματοποιήθηκε στη Γαλλία (ESC Congress, Αύγουστος 2011, Παρίσι) ανακοινώθηκαν τα **αποτελέσματα της μελέτης PARTNER**, σύμφωνα με τα οποία η **διαδερμική αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας** έχει σαν αποτέλεσμα την **μείωση των θανάτων κατά 46%** συγκριτικά με την συντηρητική αντιμετώπιση ή την βαλβιδοπλαστική. Ταυτόχρονα, οι ασθενείς αυτοί έχουν **καλύτερη ποιότητα ζωής** και μπορούν να ζήσουν την καθημερινότητά τους με πολύ λιγότερα συμπτώματα. Τα αποτελέσματα είναι μέχρι σήμερα **ιδιαίτερα ενθαρρυντικά** και αν επιβεβαιωθούν **πολλοί ασθενείς με σοβαρού βαθμού στένωση αορτικής βαλβίδας που δεν είναι δυνατόν να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση θα θεραπευθούν**, ενώ οι πιο αισιόδοξοι προβλέπουν και την **πλήρη αντικατάσταση της χειρουργικής επέμβασης** από τη διαδερμική εμφύτευση της αορτικής βαλβίδας.

Όπως εξήγησε ο Αντιπρόεδρος της Ε.Κ.Ε., είναι σήμερα ευρέως διαδεδομένο ότι **τα stent που εκλύουν φαρμακευτικές ουσίες αναστέλλουν επιτυχώς την επαναστένωση σε ποσοστά 5-10%**, αλλά έχουν το πρόβλημα της **όψιμης θρόμβωσης**. Το ποσοστό της όψιμης θρόμβωσης (θρόμβωση μετά το πρώτο 6μηνο, η οποία έχει **θνητότητα 40-50%**) **αυξάνεται κατά 0.5%** κάθε έτος συγκριτικά με τα μεταλλικά stent. Για την **αντιμετώπιση** αυτής της **επιπλοκής** χορηγούνται μακροχρόνια **αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα** (ασπιρίνη και κλοπιδογρέλη). Για να **μειωθεί ο κίνδυνος θρόμβωσης**, η έρευνα εστιάστηκε τόσο στη **βελτίωση του σχεδιασμού των stent**, όσο και στην **χρήση άλλων νεότερων φαρμακευτικών ουσιών** για την επικάλυψη των stent. Μία από αυτές τις ουσίες είναι το **everolimus**.

Σύμφωνα με τα πρώτα αποτελέσματα της μελέτης **SPIRIT IV** που πραγματοποιήθηκε σε πολλές χώρες της Ευρώπης και της Ασίας **με το stent που εκλύει everolimus, η ανεπιθύμητη επαναστένωση συμβαίνει μόνο σε ποσοστό 1.3%**. Στους **6 μήνες** μετά την τοποθέτηση των νέου τύπου stent, παρατηρήθηκαν μέσα σε αυτά θρομβώσεις σε αναλογία **1 στους 200 ασθενείς**, έναντι **1 στους 85 ασθενείς** που παρατηρήθηκε στην ομάδα του παλαιότερου τύπου επικεκαλυμμένου με φάρμακο stent.

Μια εξίσου νέα ουσία στην εφαρμογή της που τοποθετείται σε άλλο τύπο stent, η ουσία **zotarolimus**, βρέθηκε μετά από μελέτη διάρκειας 3 ετών ότι παρουσιάζει **μηδαμινά ποσοστά**

θρόμβωσης του stent, που φτάνουν το **0.5% ανά έτος**, αποτελέσματα πολύ ενθαρρυντικά για την περαιτέρω χρήση των νέων stent σε μεγάλο αριθμό ασθενών. Όπως προκύπτει από τα στοιχεία που παρουσιάστηκαν στο Πανευρωπαϊκό Συνέδριο Καρδιολογίας, τα **τρίτης γενιάς επικεκαλυμμένα stent παρουσιάζουν ελάχιστα ποσοστά θρόμβωσης**, τα οποία μετά από ένα χρόνο παρακολούθησης των ασθενών είναι **μικρότερα του 0.6%**.

Από την πλευρά του, ο **κ. Τσιούφης** αναφέρθηκε σε μια **πρωτοποριακή μέθοδο αντιμετώπισης της ανθεκτικής αρτηριακής υπέρτασης, την απονεύρωση των νεφρών**. Η ανθεκτική υπέρταση, η οποία ορίζεται σήμερα ως **αρτηριακή πίεση που παραμένει αρρυθμιστη παρά τη λήψη 3 ή περισσότερων αντιυπερτασικών φαρμάκων** στις μέγιστες ανεκτές δοσολογίες, εκ των οποίων **το ένα είναι διουρητικό**, αφορά περίπου το **5-10%** του συνόλου των υπερτασικών ασθενών.

Σήμερα γνωρίζουμε ότι κεντρικό ρόλο στην ανάπτυξη της ανθεκτικής υπέρτασης παίζει η **υπερδραστηριότητα του συμπαθητικού νευρικού συστήματος**. Με σκοπό, λοιπόν, το **σημαντικό περιορισμό** της διέγερσης του συμπαθητικού νευρικού συστήματος στην ανθεκτική υπέρταση αναπτύχθηκε μια **νέα μέθοδος, η κατάλυση της συμπαθητικής νεύρωσης του νεφρού** (renal sympathetic denervation-RSD) με τη **διαδερμική εισαγωγή, με τοπική αναισθησία, ειδικού καθετήρα στις νεφρικές αρτηρίες και χρήση υψίσυχνου ρεύματος**. Η διαδικασία είναι σχετικά απλή, ασφαλής και απαιτείται **νοσηλεία μιας ημέρας**. Οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε απονεύρωση της νεφρικής αρτηρίας παρουσίασαν **σημαντική μείωση της συστολικής αρτηριακής πίεσης έως και 32 mmHg** κατά μέσο όρο σε διάστημα παρακολούθησης **6 μηνών**.

Πρόσφατα, πραγματοποιήθηκε για πρώτη φορά στον Ελληνικό χώρο, στο Αιμοδυναμικό Εργαστήριο της Α' Πανεπιστημιακής Καρδιολογικής Κλινικής, στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Αθηνών, επιτυχής κατάλυση της συμπαθητικής νεύρωσης του νεφρού σε επιλεγμένους ασθενείς της Μονάδας Υπέρτασης με ανθεκτική υπέρταση (επίπεδα αρτηριακής πίεσης ιατρείου >180/100 mmHg, παρά τη λήψη άνω των 5 αντιυπερτασικών σκευασμάτων), υπό την εποπτεία του Επίκουρου Καθηγητή κ. Κ. Τσιούφη.

Η θεραπευτική αυτή μέθοδος αντιμετώπισης της σοβαρής αρτηριακής υπέρτασης δημιουργεί **μεγάλες προσδοκίες και ανοίγει νέους θεραπευτικούς δρόμους** όχι μόνο για την μείωση της υψηλής αρτηριακής πίεσης, αλλά και για την **αντιμετώπιση συνοδών καταστάσεων που αυξάνουν τον καρδιαγγειακό κίνδυνο**. Η ΕΚΕ οργανώνει σε πανελλήνια κλίμακα, με τη συμμετοχή όλων των Καρδιολογικών κλινικών της χώρας, μία καταγραφή (REGISTRY) για να γνωρίσουμε τον ακριβή αριθμό των ασθενών με ανθεκτική υπέρταση.

- 1. Νεώτερες οδηγίες για την αντιμετώπιση των δυσλιπιδαιμιών**
Ειδική αναφορά θα γίνει στις νεότερες οδηγίες για πιο αυστηρή μείωση των τιμών της LDL χοληστερόλης. Σε ασθενείς με ιστορικό εμφράγματος του μυοκαρδίου, σε διαβητικούς και σε ασθενείς με αυξημένη κρεατινίνη ορού, η **LDL πρέπει να είναι κάτω από 70mg/dl**.
- 2. Νεώτερες οδηγίες για την αντιμετώπιση του εμφράγματος του μυοκαρδίου**

Πριν από περίπου ένα μήνα εκδόθηκαν οι **νέες κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας (E.S.C.)** για την αντιμετώπιση των ασθενών με **οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου χωρίς ανάρταση του ST** και με **ασταθή στηθάγχη**. Σε αυτούς τους ασθενείς θεμελιώδη ρόλο παίζει η **έγκαιρη έναρξη της διπλής αντιαιμοπεταλιακής αγωγής**, για να παρεμποδιστεί η περαιτέρω επέκταση του θρόμβου και η πλήρης απόφραξη της αρτηρίας. Στην περίπτωση αυτή, η φαρμακευτική μας φαρέτρα έχει πλέον ενισχυθεί και με μια **νέα φαρμακευτική ουσία**, την **τικαγρελόλη**, που συνεισφέρει σημαντικά στην καλύτερη έκβαση των ασθενών αυτών.

Στην **αγγειοπλαστική στους ηλικιωμένους** αναφέρθηκε ο **κ. Πυργάκης**, υπογραμμίζοντας ότι τις τελευταίες δεκαετίες υπάρχει **αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων** και του ποσοστού τους στο γενικό πληθυσμό. Η **επίπτωση της στεφανιαίας νόσου αυξάνεται προϋούσης της ηλικίας** και, έτσι, **1 στις 4 αγγειοπλαστικές (PCI)** σήμερα διενεργείται σε ασθενή ηλικίας **άνω των 75 ετών**.

Οι **ηλικιωμένοι** έχουν μερικά **χαρακτηριστικά** τα οποία **αυξάνουν τη δυσκολία της διαδικασίας** και την επικινδυνότητα της PCI. Συγκεκριμένα, έχουν **συχνότερη πολυαγγειακή νόσο**, πιο **εκτεταμένη ασβέστωση των στεφανιαίων** και **διαταραχές πήκτικότητας**, ενώ εμφανίζουν και **μεταβολές στο καρδιαγγειακό σύστημα**, όπως **υπερτροφία του μυοκαρδίου, ίνωση του συστήματος αγωγής, αύξηση της αρτηριακής πίεσης και σκλήρυνση των αρτηριών**. Σε αυτούς, επίσης, συνυπάρχουν **διάφορα άλλα ιατρικά προβλήματα** για τα οποία λαμβάνουν **μεγάλο αριθμό φαρμάκων**, που πολλές φορές **αλληλεπιδρούν μεταξύ τους**.

Η **πλειοψηφία των ηλικιωμένων στεφανιαίων ασθενών είναι γυναίκες** και είναι γνωστό ότι η **διάμετρος των στεφανιαίων αρτηριών σε αυτές είναι μικρότερη**, γεγονός που καθιστά την **αγγειοπλαστική σε αυτές δυσκολότερη**. Τέλος, οι ηλικιωμένοι εμφανίζουν **ιδιαιτερότητες** στην εκδήλωση των οξέων στεφανιαίων επεισοδίων, γεγονός το οποίο **δυσχεραίνει τη διάγνωση** και **καθυστερεί την προσέλευσή τους στο νοσοκομείο**. Η ηλικία αποτελεί έναν από τους **βασικούς προβλεπτικούς παράγοντες έκβασης** στις επεμβάσεις αγγειοπλαστικής. Οι ηλικιωμένοι εμφανίζουν **τριπλάσια θνητότητα** και **διπλάσια συχνότητα επιπλοκών** συγκριτικά με νεότερους ασθενείς που υποβάλλονται σε αγγειοπλαστική. Όμως, η **εξέλιξη των τεχνικών** και των **υλικών αγγειοπλαστικής** τα τελευταία χρόνια έχει **μειώσει τους κινδύνους**.

Στους ασθενείς με **οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου με ανάρταση του ST** πρέπει να διενεργείται **πρωτογενής αγγειοπλαστική ανεξαρτήτως ηλικίας**. Στους ηλικιωμένους ασθενείς με **οξύ στεφανιαίο σύνδρομο χωρίς ανάρταση ST** η **επεμβατική αντιμετώπιση πλεονεκτεί της συντηρητικής**, με κόστος, όμως, τη **μικρή αύξηση των αιμορραγικών συμβαμάτων**. Στη σταθερή στεφανιαία νόσο η **επεμβατική θεραπεία**, όπου ενδείκνυται, προσφέρει **καλύτερη ποιότητα ζωής**. Η αγγειοπλαστική στεφανιαίων στους ηλικιωμένους ασθενείς προσφέρει συγκρίσιμα αποτελέσματα με αυτά της χειρουργικής επαναγγείωσης, ιδίως όταν χρησιμοποιούνται DES.

Οι **ηλικιωμένοι** είναι **πιο ευάλωτοι στις αιμορραγικές επιπλοκές** των χρησιμοποιούμενων αντιαιμοπεταλιακών και αντιπηκτικών φαρμάκων που εμπλέκονται στη διαδικασία της αγγειοπλαστικής. Για το λόγο αυτό, **πρέπει να χρησιμοποιούνται τα ασφαλέστερα από τα φάρμακα αυτά** και οι δόσεις τους να προσαρμόζονται για την **αποφυγή καταστροφικών αιμορραγικών συμβαμάτων**.

Γενικά, στους ηλικιωμένους ασθενείς δεν πρέπει να αποφεύγεται η διενέργεια αγγειοπλαστικής με **μοναδικό κριτήριο την ονομαστική τους ηλικία**. Πρέπει να **εκτιμάται η βιολογική τους ηλικία** και οι **κίνδυνοι της επέμβασης**. Η επέμβαση πρέπει να είναι όσο το δυνατόν πιο απλή και ασφαλής. Πρέπει να **λαμβάνεται υπόψη η νοητική και ψυχολογική τους κατάσταση**, το **επίπεδο της φυσικής δραστηριότητας** και η **συμμόρφωσή τους στη λήψη φαρμακευτικής αγωγής επί μακρόν**. Τέλος, η λήψη της απόφασης για τη διενέργεια της αγγειοπλαστικής πρέπει να γίνεται με παρόμοια κριτήρια με αυτά που χρησιμοποιούνται στους νεότερους ασθενείς, με **σεβασμό, όμως, της επιθυμίας του ηλικιωμένου ασθενούς** και της οικογένειάς του.