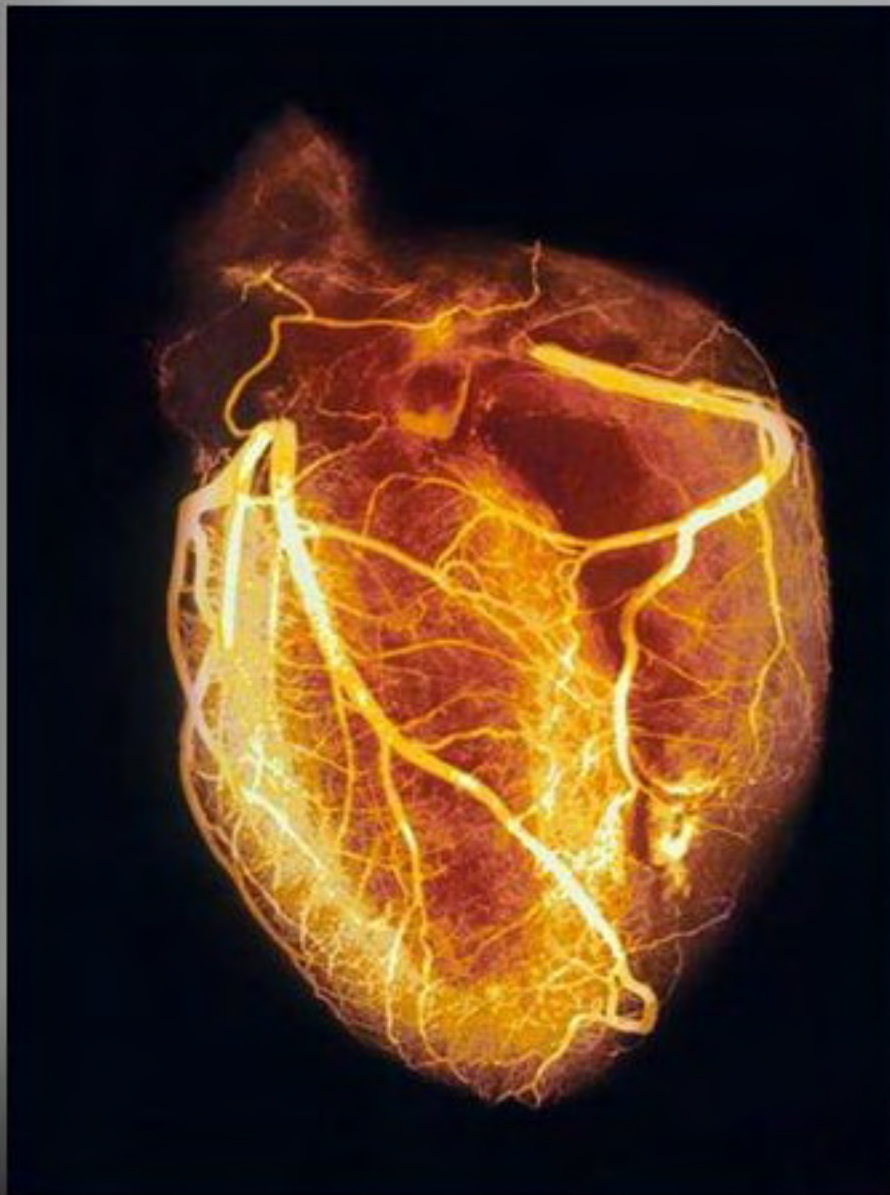


ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Προοπτική επιδημιολογική μελέτη για την πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων σε ασθενείς με θυροειδοπάθειες»

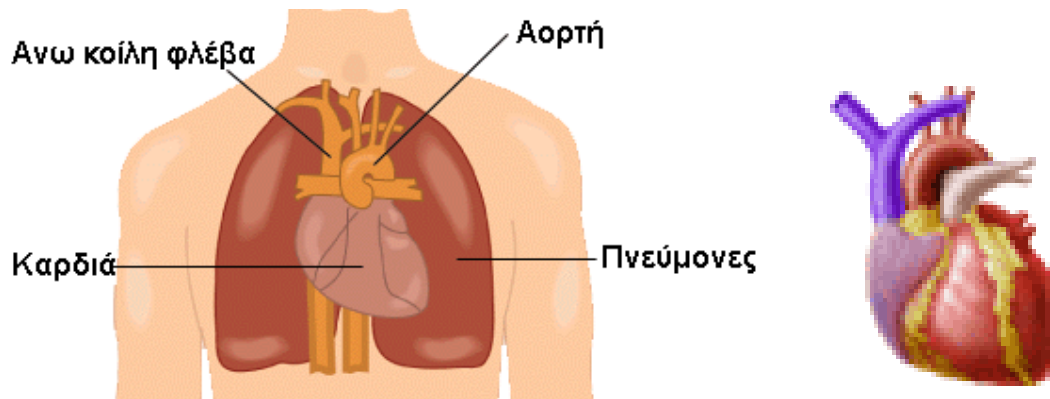


ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Ε. Ζακυνθινός
ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: Κουκοβίνου Ευαγγελία

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελίδα
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	2
Ανατομία και φυσιολογία καρδιάς	2
Ανατομία και φυσιολογία θυρεοειδή	42
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	46
Εισαγωγή	47
➤ Στόχος μελέτης	47
➤ Σκοπός μελέτη	47
➤ Συλλογή στοιχείων	47
➤ Διατύπωση και καθορισμός ορίων του προβλήματος	47
➤ Στατιστικοί πίνακες και παράρτημα	49
Συνοπτικά αποτελέσματα των στατιστικών πινάκων	166
Συμπεράσματα/Συζήτηση	167
Βιβλιογραφία	170

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΚΑΡΔΙΑΣ



Η θέση της καρδιάς

Η καρδιά, είναι το κεντρικό όργανο της κυκλοφορίας. Είναι ένα κοίλο μυώδες όργανο, που δέχεται το αίμα που προέρχεται από τις φλέβες και το ωθεί προς τις αρτηρίες.

Η καρδιά βρίσκεται μέσα στη θωρακική κοιλότητα ανάμεσα στους δύο πνεύμονες. Το σχήμα της καρδιάς παρομοιάζεται με το σχήμα κώνου. Η κορυφή της αντιστοιχεί στο πέμπτο αριστερό μεσοπλεύριο διάστημα.

Περιβάλλεται από ένα υμένα από δύο φύλλα, το περικάρδιο, ενώ οι εσωτερικές της κοιλότητες καλύπτονται από μια λεπτή μεμβράνη, το ενδοκάρδιο. Ανάμεσα στο περικάρδιο και ενδοκάρδιο βρίσκεται το παχύτερο τοίχωμα της καρδιάς που ονομάζεται μυοκάρδιο και αποτελείται από δυνατές μυϊκές ίνες.

Το χρώμα της καρδιάς είναι βαθύ ερυθρό, αλλά η ομοιομορφία του χρώματος διακόπτεται από κίτρινες ραβδώσεις οι οποίες οφείλονται στη συσσώρευση λίπους.

Ο όγκος της καρδιάς ποικίλλει στα διάφορα άτομα. Οι διαστάσεις της στον ενήλικα είναι κατά μέσον όρο οι εξής:

Μήκος: 98 χιλιοστά.

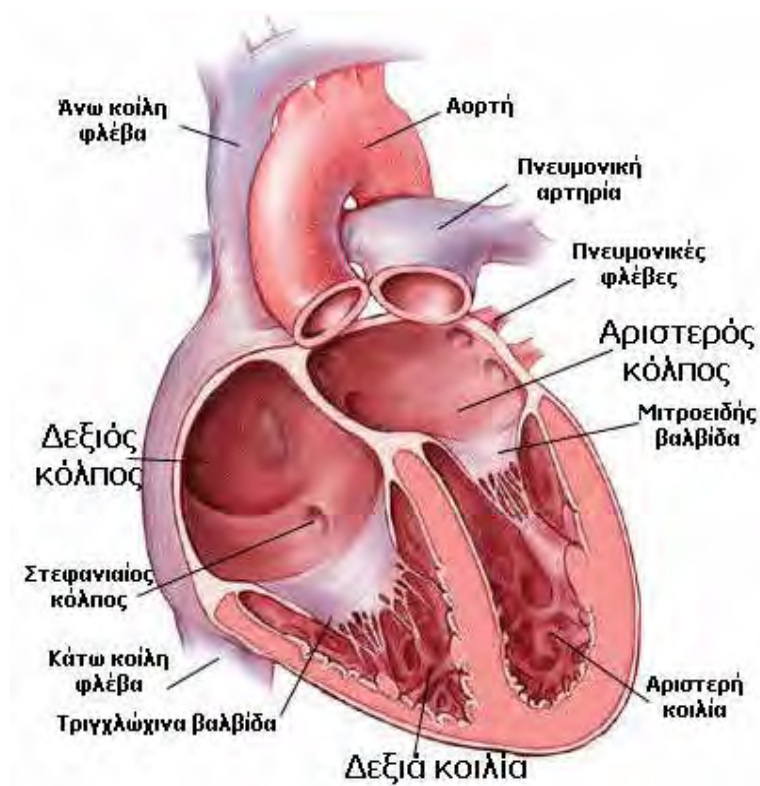
Πλάτος: 105 χιλιοστά.

Περιφέρεια: 230 χιλιοστά.

Το βάρος της φθάνει τα 275 περίπου γραμμάρια.

Η καρδιά της γυναίκας έχει διαστάσεις μικρότερες από του άνδρα κατά 5-10 χιλιοστά και ζυγίζει 5-10 γραμμάρια λιγότερο

-ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΕΣ



- **Δεξιός κόλπος:** Ο δεξιός κόλπος δέχεται μη οξυγονωμένο αίμα από την άνω και κάτω κοίλη φλέβα, καθώς και από το στεφανιαίο κόλπο.
- **Αριστερός κόλπος:** Ο αριστερός κόλπος δέχεται οξυγονωμένο αίμα από τις πνευμονικές φλέβες.
- **Δεξιά κοιλία:** Η δεξιά κοιλία εξωθεί αίμα στην πνευμονική κυκλοφορία η οποία είναι κυκλοφορία χαμηλών πιέσεων. Το πάχος της είναι περί τα 3mm
- **Αριστερή κοιλία:** Η αριστερή κοιλία εξωθεί αίμα στη συστηματική κυκλοφορία η οποία είναι κυκλοφορία υψηλών πιέσεων. Το πάχος της είναι περί τα 9-10mm.

α. Κολποκοιλιακές βαλβίδες

- **Μιτροειδής βαλβίδα (διγλώχινα):** Η μιτροειδής βαλβίδα παρεμβάλλεται μεταξύ του αριστερού κόλπου και της αριστερής κοιλίας. Το φυσιολογικό εμβαδόν της είναι 5-6 cm².
- **Τριγλώχινα βαλβίδα:** Η τριγλώχινα βαλβίδα παρεμβάλλεται μεταξύ του δεξιού κόλπου και της δεξιάς κοιλίας. Το φυσιολογικό εμβαδόν της είναι 6-7cm². Είναι η μεγαλύτερη βαλβίδα του σώματος.

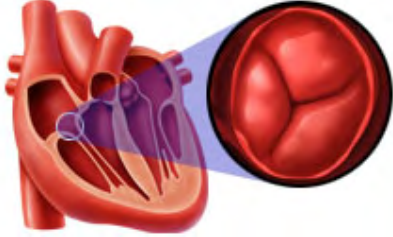
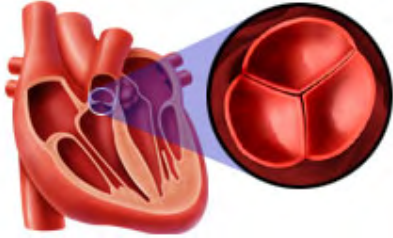
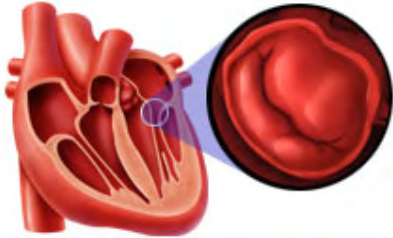
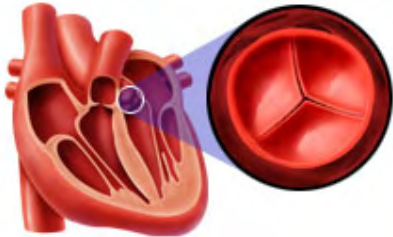
Οι κολποκοιλιακές βαλβίδες αποτρέπουν την προς τα πίσω διαφυγή του αίματος από τις κοιλίες προς τους κόλπους όταν συστέλλονται η δεξιά και η αριστερή κοιλία.

β. Μητροειδείς βαλβίδες

- **Αορτική βαλβίδα:** Η αορτική βαλβίδα παρεμβάλλεται μεταξύ της αριστερής κοιλίας και της αορτής.
- **Πνευμονική βαλβίδα:** Η πνευμονική βαλβίδα παρεμβάλλεται μεταξύ της πνευμονικής αρτηρίας και της δεξιάς κοιλίας. Το εμβαδόν και των δύο αυτών βαλβίδων είναι 4-5 cm².

Οι μητροειδείς βαλβίδες αποτρέπουν την προς τα πίσω διαφυγή του αίματος από την αορτή προς την αριστερή κοιλία και από την πνευμονική αρτηρία προς τη δεξιά κοιλία κατά τη διαστολή.

Ενδοκαρδιακές βαλβίδες

	<p>Τριγγλώχινα βαλβίδα</p>
	<p>Πνευμονική βαλβίδα</p>
	<p>Μιτροειδής βαλβίδα</p>
	<p>Αορτική βαλβίδα</p>
<p>Οι τέσσερες βαλβίδες της καρδιάς</p>	

Λειτουργία των βαλβίδων

Κατά τη συστολή των κοιλιών: αυξάνει η πίεση στις κοιλίες και εξωθείται το αίμα προς τα μεγάλα αγγεία (αορτή, πνευμονική αρτηρία). Η μιτροειδής και η τριγλώχινα βαλβίδα, κλείνουν, η δε αορτική και η πνευμονική βαλβίδα ανοίγουν.

Κατά τη διαστολή της καρδιάς: ελαττώνεται η πίεση στις κοιλίες και το αίμα εισρέει από τους κόλπους στις κοιλίες. Η μιτροειδής και η τριγλώχινα βαλβίδα ανοίγουν, η δε αορτική και η πνευμονική βαλβίδα κλείνουν.

Φυσιολογικά το κλείσιμο των βαλβίδων δημιουργεί τους καρδιακούς τόνους που ακούγονται, όταν ακροαστούμε την καρδιά με το στηθοσκόπιο.

Περικάρδιο

Είναι λεπτή μεμβράνη που περιβάλλει την καρδιά, με μικρή ποσότητα (50 ml) υγρού μεταξύ καρδιακού μυός και περικαρδίου.

Προστατεύει από την επέκταση πνευμονικής φλεγμονής στην καρδιά και δεν επιτρέπει την υπερπλήρωση και υπερδιάταση των καρδιακών κοιλοτήτων.

Αγωγή των διεγέρσεων

Για να λειτουργήσει η καρδιά ως αντλία, απαιτείται η ενεργοποίηση της συστολής των κόλπων και των κοιλιών σε τακτά χρονικά διαστήματα. Η διέγερση δημιουργείται στο φλεβόκομβο ή βηματοδότη της καρδιάς και διαχέεται κατά την εξής σειρά:

- Στο μυϊκό τοίχωμα του δεξιού και αριστερού κόλπου
- Στον κολποκοιλιακό κόμβο
- Στο δεμάτιο του His
- Στα δύο σκέλη του δεματίου: το δεξιό και το αριστερό σκέλος
- Στις ίνες του Purkinje, και
- Στο μυοκάρδιο

-Ο ΚΥΚΛΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ

Η καρδιά χαρακτηρίζεται ως υδραυλική αντλία που η λειτουργία της περιλαμβάνει κυκλικές εναλλαγές πίεσης και όγκου. Κάθε κύκλος λειτουργίας της καρδιάς ολοκληρώνεται σε 5 φάσεις.

Φάση 1η: Παθητική πλήρωση

Όλα τα μέρη του καρδιακού μυός βρίσκονται σε χάλαση. Η κολποκοιλιακή βαλβίδα είναι ανοιχτή ενώ ο αριστερός κόλπος και η αριστερή κοιλία γεμίζουν με αίμα από τις πνευμονικές φλέβες. Οι πιέσεις μέσα στον κόλπο και την κοιλία είναι ίδιες με την κεντρική φλεβική πίεση. Η πίεση μέσα στην αορτή είναι κατά πολύ υψηλότερη από εκείνη της αριστερής κοιλίας, έτσι ώστε η αορτική βαλβίδα είναι κλειστή. Η πίεση μέσα στην αορτή μειώνεται καθώς το αίμα, που είχε εξωθηθεί κατά τον προηγούμενο καρδιακό κύκλο, μετακινείται προς τα μικρότερα αγγεία της συστηματικής κυκλοφορίας.

Φάση 2η: Συστολή των κόλπων

Η συστολή του κόλπου συμβάλλει στην πλήρωση της αριστερής κοιλίας με ποσοστό 20% του συνολικού όγκου αίματος που εισέρχεται παθητικά στην αριστερή κοιλία κατά τη διαστολή και αυξάνοντας κατά πολλά mmHg την πίεση του αίματος μέσα στην κοιλία στην τελοδιαστολή. Διατεινόμενη έτσι η αριστερά κοιλία στιγμιαία, μπορεί να επιτελέσει μεγαλύτερο έργο, βάσει του νόμου του Starling. Το έργο της συστολής αυξάνει με τη διάταση κατά τη διαστολή. Ισοδύναμες έννοιες προς το έργο είναι η αναπτυσσόμενη αρτηριακή πίεση και ο όγκος παλμού. Ισοδύναμες έννοιες προς τη διαστολική διάταση είναι η διάμετρος ή ο όγκος ή η πίεση κατά την τελοδιαστολή. Η καθυστερημένη αγωγή του δυναμικού ενέργειας μέσω του κολποκοιλιακού κόμβου επιτρέπει ώστε η ολοκλήρωση της κολπικής συστολής να γίνει προτού ενεργοποιηθεί η αριστερή κοιλία.

Φάση 3η: Διέγερση και ισομετρική συστολή της κοιλίας

Το δυναμικό ενέργειας αφού διέλθει τον κολποκοιλιακό κόμβο μεταφέρεται ταχέως, μέσω του κολποκοιλιακού δεματίου (δεμάτιο του His) και των δύο σκελών του, στις ίνες του Purkinje. Οι τελευταίες διαχέουν το δυναμικό ενέργειας σε ολόκληρο το τοίχωμα των κοιλιών, από την κορυφή της καρδιάς προς τους κόλπους. Η εκπόλωση της κοιλίας δημιουργεί το σύμπλεγμα QRS στο ΗΚΓ. Στο διάστημα μεταξύ του συμπλέγματος QRS και του επάρματος T όλα τα κύτταρα του κοιλιακού μυοκαρδίου βρίσκονται στη φάση «οροπεδίου» («Plateau»), σε ότι αφορά το δυναμικό ενέργειας. Η διέγερση της κοιλίας ακολουθείται μέσα σε λίγα χιλιοστά του δευτερολέπτου, από την ανάπτυξη δύναμης ορισμένης μυϊκής ισχύος. Η επακόλουθη αύξηση της πίεσης μέσα στην κοιλία προκαλεί κλείσιμο των κολποκοιλιακών βαλβίδων και τον πρώτο καρδιακό τόνο. Πρώτα κλείνει η μιτροειδής και μετά η τριγλώχινα βαλβίδα. Μετά το κλείσιμο των κολποκοιλιακών βαλβίδων, η κοιλία μετατρέπεται σε κλειστό θάλαμο,

η πίεση μέσα στην κοιλία συνεχίζει να αυξάνει, ενώ η πίεση στην αορτή πέφτει ακόμα σιγά-σιγά μέχρι το ελάχιστο της διαστολικής της τιμής.

Φάση 4η: Εξώθηση

Όταν η πίεση στην κοιλία υπερβεί την αορτική (διαστολική) πίεση ανοίγουν οι αορτικές βαλβίδες, και το αίμα εξωθείται προς την αορτή, όπως φαίνεται από την ταχεία πτώση του όγκου της αριστερής κοιλίας και την αύξηση της πίεσης στην αορτή στη συστολική τιμή. Μεγάλο μέρος της ενέργειας που μεταφέρεται στο αίμα από την κοιλιακή συστολή αποταμιεύεται στο ελαστικό τοίχωμα της αορτής και των μεγάλων κλάδων της. Η αποταμιευόμενη ενέργεια εκλύεται κατά τη διαστολή, συγκρατώντας την αρτηριακή διαστολική πίεση υψηλή και διατηρώντας την αιματική ροή από την αορτή προς τους αρτηριακούς κλάδους καθ' όν χρόνο η καρδιά δεν εξωθεί αίμα.

Φάση 5η: Ισομετρική χάλαση

Το κλείσιμο της αορτικής (και στη συνέχεια της πνευμονικής) βαλβίδας σημαίνει το τέλος της φάσης εξώθησης και την έναρξη της ισομετρικής χάλασης. Το κλείσιμο της αορτικής βαλβίδας ακούεται κατά την ακρόαση της καρδιάς ως δεύτερος καρδιακός τόνος. Κατά τη φάση της ισομετρικής χάλασης η πίεση στην κοιλία πέφτει κάτω από εκείνη της αορτής αλλά διατηρείται πάνω από την πίεση του κόλπου. Οι δύο βαλβίδες είναι τώρα κλειστές και το αίμα ούτε εισέρχεται αλλά ούτε εξέρχεται από την κοιλία. Τη στιγμή αυτή αρχίζει η επαναπόλωση του μυοκαρδίου μετά το πέρας του επάρματος T στο ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ). Καθώς το κοιλιακό μυοκάρδιο συνεχίζει να χαλαρώνει, η πίεση στην κοιλία πέφτει κάτω από εκείνη του κόλπου. Στο σημείο αυτό, η κολποκοιλιακή βαλβίδα ανοίγει και η καρδιά επιστρέφει στη φάση 1.

Ότι συμβαίνει στην αριστερή κυκλοφορία (αριστερή κοιλία, αορτή, κλπ.), το ίδιο συμβαίνει και στη δεξιά κυκλοφορία (δεξιά κοιλία, πνευμονική αρτηρία). Υπάρχουν όμως ορισμένες διαφορές μεταξύ δεξιάς και αριστερής κοιλίας ως προς τη λειτουργία τους:

Η αριστερή κοιλία πρέπει να ξεπεράσει τις περιφερικές αντιστάσεις στη συστηματική κυκλοφορία για να εξωθήσει το αίμα της. Για να επιτευχθεί αυτό χρειάζεται πίεση 100-120 mmHg (συστηματική κυκλοφορία υψηλών αντιστάσεων).

Η δεξιά κοιλία πρέπει να ξεπεράσει τις περιφερικές αντιστάσεις στην πνευμονική κυκλοφορία για να εξωθήσει το αίμα. Για να επιτευχθεί αυτό χρειάζεται πίεση εξώθησης 15-25 mmHg (πνευμονική κυκλοφορία χαμηλών αντιστάσεων).

Η διαφορά αυτή στις αντιστάσεις της συστηματικής και πνευμονικής κυκλοφορίας αντανακλάται στο διαφορετικό πάχος του τοιχώματος των δύο κοιλιών.

Το ενδοθήλιο και οι νευρικές συνδέσεις των μικρού μεγέθους αρτηριδίων παίζουν ρυθμιστικό ρόλο και καθορίζουν την τάση των λείων μυϊκών ινών, οι οποίες περιβάλλουν τον αυλό των αγγείων αυτών και καθορίζουν το μέγεθος της διατομής τους.

Η δραστική επιφάνεια διατομής των «τελικών» μυϊκών αρτηριών (διάμετρος 100-500μm), και των αρτηριδίων (διάμετρος 10-100 μm) καθορίζουν κατά κύριο λόγο τις περιφερικές αντιστάσεις.

Η απώλεια ενέργειας λόγω των αντιστάσεων προκαλεί πτώση της αρχικής πίεσης εξώθησης από 90-100 mmHg σε 30-35 mmHg στο αρτηριακό άκρο των τριχοειδών και σε 5-10 mmHg στο φλεβικό τους άκρο.

Έτσι, οι συνθήκες που δημιουργούνται διευκολύνουν τη λειτουργία ανταλλαγής αερίων και θρεπτικών ουσιών στα τριχοειδή.

Οι φλέβες έχουν μεγάλη διατασιμότητα. Φιλοξενούν το 60-65% του συνολικού όγκου αίματος.

Η λειτουργική διατομή των φλεβών ρυθμίζει τη φλεβική επιστροφή και συνεπώς τον όγκο παλμού.

Καρδιακή παροχή -Αιματική ροή -Αρτηριακή πίεση

Η αντλητική ικανότητα της καρδιάς, όπως αυτή εκφράζεται με την καρδιακή παροχή, είναι αποτέλεσμα των καρδιακών συστολών ανά πρώτο λεπτό (καρδιακή συχνότητα) και του όγκου αίματος ανά συστολή (όγκος παλμού). Οι δύο αυτοί παράμετροι (καρδιακή συχνότητα και όγκος παλμού) ρυθμίζονται από το αυτόνομο νευρικό σύστημα και από ενδογενείς και εξωγενείς μηχανισμούς του καρδιαγγειακού συστήματος.

Ρύθμιση της καρδιακής συχνότητας

Τα αυτόνομα νεύρα της καρδιάς βρίσκονται σε συνεχή λειτουργία ελέγχοντας συνεχώς το ρυθμό της αυτόματης εκπόλωσης του φλεβοκόμβου. Ο φλεβοκόμβος πυροδοτείται συνεχώς από τη νοραδρεναλίνη, που εκλύεται στις απολήξεις των συμπαθητικών νεύρων και από την αδρεναλίνη που παράγεται από το μυελό των επινεφριδίων. Με τον τρόπο αυτό αυξάνει η συχνότητα λειτουργίας του φλεβοκόμβου. Στις απολήξεις των παρασυμπαθητικών νεύρων εκλύεται ακετυλοχολίνη η οποία υπερπολώνει το φλεβοκόμβο με αποτέλεσμα την πτώση της συχνότητας (του ρυθμού πυροδότησης του φλεβοκόμβου) της καρδιακής λειτουργίας. Οι παρεμβάσεις αυτές του αυτόνομου νευρικού συστήματος στην καρδιακή λειτουργία ονομάζονται χρονότροπη δράση. Το συμπαθητικό αυξάνει τη συχνότητα της καρδιακής λειτουργίας και συνεπώς έχει θετική χρονότροπη δράση, ενώ το παρασυμπαθητικό ελαττώνει την καρδιακή συχνότητα, δηλαδή έχει αρνητική

χρονότροπη δράση. Η ρύθμιση του φλεβοκόμβου από το αυτόνομο νευρικό σύστημα αποτελεί το βασικό μηχανισμό με τον οποίο κανονίζεται η καρδιακή συχνότητα. Εντούτοις, οι απολήξεις του συμπαθητικού μέσα στο μυοκάρδιο των κόλπων και των κοιλιών αυξάνουν τη δύναμη της καρδιακής συστολής, ελαττώνοντας, σε μικρό βαθμό, το χρόνο της συστολής, όταν η καρδιακή συχνότητα είναι υψηλή.

Ρύθμιση του όγκου παλμού

Στη ρύθμιση του όγκου παλμού συμμετέχουν τρεις παράμετροι: ο τελοδιαστολικός όγκος, οι ολικές αντιστάσεις της περιφέρειας στις αρτηρίες και η συσταλτικότητα η δύναμη συστολής των κοιλιών, ιδιαίτερα της αριστερής κοιλίας.

Ο **τελοδιαστολικός όγκος** είναι ο όγκος αίματος που υπάρχει μέσα στις κοιλίες μόλις πριν από τη συστολή τους και αντιστοιχεί στο προφόρτιο της καρδιάς. Ο **όγκος παλμού** είναι ευθέως ανάλογος προς το προφόρτιο: Αύξηση του τελοδιαστολικού όγκου οδηγεί σε αύξηση του όγκου παλμού κατά το νόμο Frank-Starling. Ο όγκος παλμού είναι επίσης ευθέως ανάλογος προς τη συσταλτικότητα: Είναι ευνόητο ότι όσο πιο έντονα συστέλλονται οι κοιλίες τόσο περισσότερο αίμα εξωθούν. Η ροή του αίματος γίνεται από τις υψηλότερες προς τις χαμηλότερες πιέσεις. Συνεπώς, για να γίνει η εξώθηση του αίματος, η πίεση μέσα στις κοιλίες κατά τη συστολή τους πρέπει να είναι υψηλότερη από εκείνη που υπάρχει εκείνη τη στιγμή μέσα στις αρτηρίες. Η πίεση μέσα στις αρτηρίες, προτού γίνει η συστολή της καρδιάς είναι υπόθεση των συνολικών περιφερικών αντιστάσεων αλλά και της ελαστικότητας της αορτής. Όσο μεγαλύτερες οι περιφερικές αντιστάσεις τόσο υψηλότερη η αρτηριακή πίεση. Μόλις αρχίσει η εξώθηση του αίματος από την αριστερή κοιλία, ο όγκος αίματος της εξώθησης που προστίθεται στον προϋπάρχοντα όγκο αίματος μέσα στην αορτή, προκαλεί αύξηση της μέσης αρτηριακής πίεσης που ασκείται εναντίον των περιφερικών αντιστάσεων. Η εξώθηση του αίματος παύει λίγο μετά την εξίσωση της αορτικής πίεσης με εκείνη που υπάρχει τη στιγμή αυτή μέσα στην αριστερή κοιλία. Συνεπώς, οι ολικές περιφερικές αντιστάσεις παρεμποδίζουν την εξώθηση του αίματος από την αριστερή κοιλία κατά τη συστολή ή με άλλα λόγια, δημιουργείται ένα **μεταφόρτιο** που επιβαρύνει την αριστερή κοιλία.

Από τα παραπάνω γίνεται φανερό ότι όσο μεγαλύτερες οι περιφερικές αντιστάσεις τόσο μικρότερος ο όγκος παλμού. Η πτώση αυτή του όγκου παλμού εξαιτίας των αυξημένων αντιστάσεων διαρκεί πολύ λίγο (για μερικές συστολές). Αμέσως μετά, επεμβαίνουν αντιρροπιστικοί μηχανισμοί και δη η αύξηση του τελοδιαστολικού όγκου της αριστεράς κοιλίας (προφόρτιο) που αυξάνουν τη δύναμη της καρδιακής συστολής έναντι των αυξημένων αντιστάσεων, σύμφωνα με το νόμο Frank-Starling. Η ποσοστιαία αναλογία του τελοδιαστολικού όγκου που εξωθείται εναντίον του δεδομένου μεταφορτίου εξαρτάται από τη δύναμη συστολής των κοιλιών. Φυσιολογικά η καρδιά επαρκεί για να εξωθήσει 70-80 ml αίματος από το συνολικό όγκο αίματος που υπάρχει μέσα στην αριστερή (ή και τη δεξιά) κοιλία, που είναι 110-130ml. Καθώς ο τελοδιαστολικός όγκος και η συσταλτικότητα αυξάνουν, περισσότερο αίμα εξωθείται σε κάθε συστολή.

Ενδογενής έλεγχος της καρδιακής συσταλτικότητας

Ο νόμος Frank-Starling εξηγεί πως η καρδιά μπορεί να προσαρμοστεί σε μια αύξηση του συνόλου των περιφερικών αντιστάσεων:

Κάθε αύξηση στο σύνολο των περιφερικών αντιστάσεων προκαλεί μείωση του όγκου παλμού των κοιλιών, έτσι ώστε περισσότερο αίμα παραμένει μέσα στις κοιλίες και ο τελοδιαστολικός όγκος είναι μεγαλύτερος για τον επόμενο κύκλο λειτουργίας της καρδιάς με αποτέλεσμα οι κοιλίες διατείνονται ακόμη περισσότερο στον επόμενο κύκλο και συστέλλονται πιο δυνατά και εξωθούν περισσότερο αίμα.

Οι συνέπειες της συμπεριφοράς αυτής είναι ότι ο όγκος παλμού της αριστερής κοιλίας, η οποία εξωθεί αίμα στα αγγεία της συστηματικής κυκλοφορίας, κάτω από συνεχώς μεταβαλλόμενες αντιστάσεις, προσαρμόζεται ανάλογα, προκειμένου να ελέγχει τον όγκο παλμού της δεξιάς κοιλίας, η οποία εξωθεί αίμα στην πνευμονική κυκλοφορία. Αύξηση του όγκου παλμού δημιουργείται επίσης με την αυξημένη φλεβική επιστροφή. Η πλήρωση της δεξιάς κοιλίας αυξάνει και της αριστεράς μειούται κατά την εισπνοή. Η πλήρωση αμφοτέρων αυξάνει κατά την ύπτια και μειούται κατά την ορθία θέση.

Οπωσδήποτε, ο ρυθμός της αιματικής ροής μέσω της πνευμονικής και της συστηματικής κυκλοφορίας πρέπει να είναι ίσος, προκειμένου να αποφευχθεί συσσώρευση υγρού στους πνεύμονες και για να μπορεί να μεταφερθεί οξυγονωμένο αίμα στους ιστούς.

Βέβαια, τα παραπάνω ισχύουν αν το μυοκάρδιο είναι φυσιολογικό ενώ οι αντιρροπιστικοί μηχανισμοί μειονεκτούν όταν το μυοκάρδιο κάμπτεται.

Νευρογενής έλεγχος της δύναμης συστολής

Η δύναμη της κοιλιακής συστολής εξαρτάται και από τη δραστηριότητα του συμπαθητικοεπινεφριδιακού συστήματος. Η νοραδρεναλίνη από νευρικές απολήξεις του συμπαθητικού και η αδρεναλίνη από το μυελό των επινεφριδίων προκαλούν αύξηση της δύναμης συστολής του καρδιακού μυός. Η θετική ινότροπη δράση οφείλεται σε αύξηση της ποσότητας των ιόντων ασβεστίου στα σαρκομερίδια.

Συνεπώς, ο καρδιακός όγκος παλμού επηρεάζεται από το καρδιακό συμπαθητικό επινεφριδιακό σύστημα μέσω θετικής ινότροπης δράσης στη συσταλτικότητα, και μέσω θετικής χρονότροπης δράσης στην καρδιακή συχνότητα.

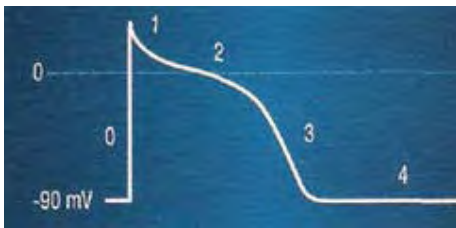
Η διέγερση των παρασυμπαθητικών νεύρων της καρδιάς έχει αρνητική χρονότροπη δράση, αλλά δεν επηρεάζει αξιόλογα τη συσταλτικότητα των κοιλιών. Βέβαια στην κλινική πράξη, η καρδιακή συσταλτικότητα μειούται σε παθήσεις που επηρεάζουν το μυοκάρδιο, όπως η νέκρωση τμήματός του μετά την επέλευση ενός εμφράγματος ή διάχυτη προσβολή των μυϊκών ινών σε διάφορες πρωτογενείς παθήσεις του

μυοκαρδίου (μυοκαρδιοπάθειες). Η *ισχαιμία* μπορεί να προκαλέσει αναστρέψιμη-παροδική μείωση της συσταλτικότητας.

Αύξηση της συσταλτικότητας επέρχεται κατά την άσκηση σε φυσιολογικά άτομα και στον υπερθυρεοειδισμό.

ΦΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΡΔΙΑΚΟΥ ΚΥΚΛΟΥ

Καρδιακό δυναμικό ενέργειας



Το δυναμικό ενέργειας ενός μυοκαρδιακού κυττάρου. Οι αριθμοί αναφέρονται στις φάσεις του δυναμικού ενέργειας.

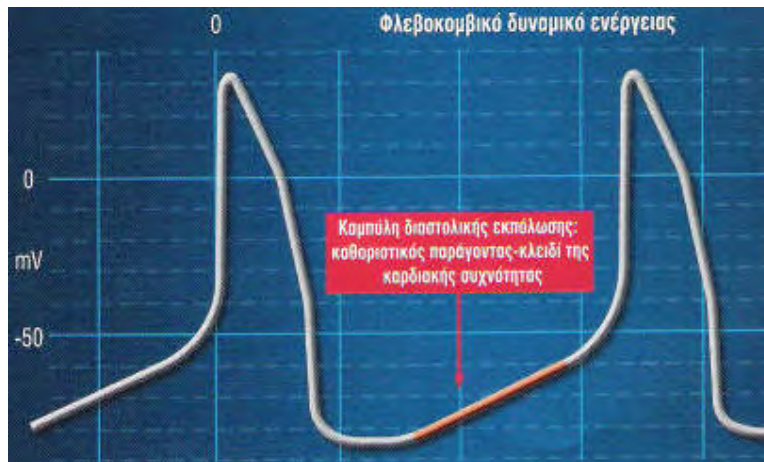
Το δυναμικό ενέργειας είναι μια αιφνίδια παροδική εκπόλωση που μεταδίδεται στα κύτταρα μέσω κυτταροπλασματικών ροών ρευμάτων. Τα μυοκαρδιακά κύτταρα, όπως πολλά κύτταρα, διατηρούν μια διαφορά ηλεκτρικού δυναμικού μεταξύ της ενδοκυττάριας και της εξωκυττάριας περιοχής της μεμβράνης. Αυτή η διαφορά δυναμικού είναι περίπου -90 . Εκπόλωση σημειώνεται μετά την εισροή θετικών ιόντων στο κύτταρο, μέχρι να εξισορροπηθεί η ηλεκτροχημική κλίση. Το δυναμικό ενέργειας ταξιδεύει μέσω των οδών επαγωγής και στο επίπεδο του μυοκαρδίου, πυροδοτεί τη σύσπαση του καρδιακού μυός. Ο όρος «δυναμικό ενέργειας» περιλαμβάνει έναν κύκλο εκπόλωσης, υπερπόλωσης και επιστροφής σε ηρεμία του δυναμικού της μεμβράνης. Πρόκειται για τέσσερις φάσεις, από 0 έως 3. Η φάση 4 αναφέρεται στο δυναμικό ηρεμίας.

- Φάση 0: ταχεία εκπόλωση
- Φάση 1: ταχεία αρχική επαναπόλωση
- Φάση 2: plateau
- Φάση 3: ταχεία τελική επαναπόλωση
- Φάση 4: δυναμικό ηρεμίας.

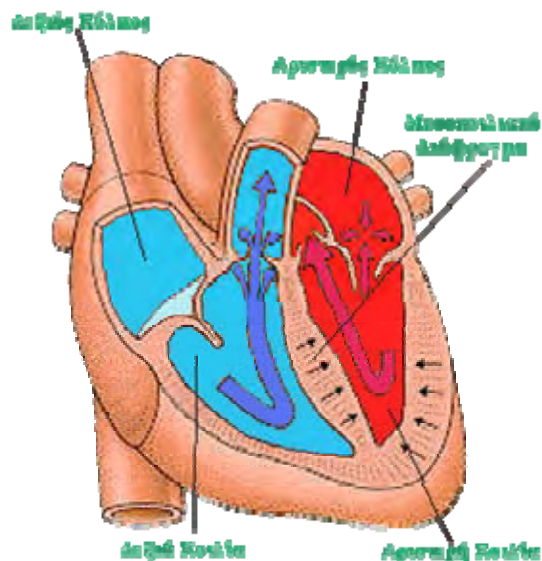
Κυτταρική διαφοροποίηση κατά τη βηματοδότηση: φάση 4 στο δυναμικού ενέργειας

Τα δυναμικά ενέργειας δεν είναι όλα ίδια σε όλα τα σημεία της καρδιάς, είτε κατά τη φάση εκπόλωσης, είτε κατά τη φάση επαναπόλωσης. Στα μυοκαρδιακά κύτταρα που δεν έχουν βηματοδοτικές ιδιότητες, κάθε δυναμικό ενέργειας ακολουθείται από μια

φάση 4 που είναι η ανερέθιστη περίοδος της καρδιάς, κατά την οποία το κύτταρο δεν έχει την ικανότητα να πυροδοτήσει το δυναμικό ενέργειας. Αντίθετα, σε εξειδικευμένα καρδιακά κύτταρα, όπως τα φλεβοκομβικά, τα οποία επιδεικνύουν βηματοδοτικές ιδιότητες, πραγματοποιείται προοδευτική διαστολική («βηματοδοτική») εκπόλωση. Αυτή η εκπόλωση του βηματοδότη φέρνει αργά το δυναμικό της μεμβράνης σε έναν ουδό δυναμικού. Όταν φθάσει σε αυτό το δυναμικό, πυροδοτείται ένα δυναμικό ενέργειας. Η φάση εκπόλωσης 4 καθοδηγείται από ένα εσωμόλο ρεύμα πολλαπλών ιόντων νατρίου και καλίου. Αυτό ακριβώς το εσωμόλο ρεύμα, που μεταφέρει θετικά ιόντα στο κύτταρο, καθορίζει την καμπύλη διαστολικής εκπόλωσης.

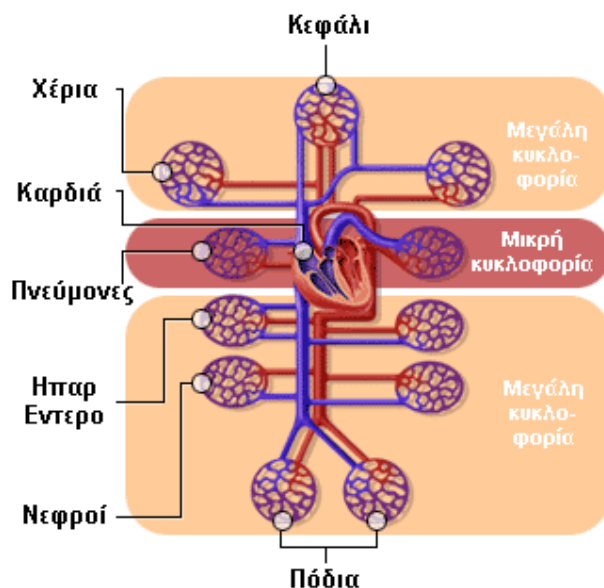


-ΜΙΚΡΗ ΚΑΙ ΜΕΓΑΛΗ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ



Μικρή κυκλοφορία (Πνευμονική κυκλοφορία)

Η πνευμονική αρτηρία ξεκινά από τη δεξιά κοιλία και χωρίζεται στη δεξιά και στην αριστερά πνευμονική αρτηρία, οι οποίες κατευθύνονται στους αντιστοίχους πνεύμονες. Και οι δύο αυτές αρτηρίες μετά την είσοδο τους στους πνεύμονες χωρίζονται σε τόσους κλάδους, όσοι είναι οι λοβοί του πνεύμονα. Ύστερα από μία ακόμη υποδιαίρεση, στο ύψος των πνευμονικών λοβίων, αναλύονται στα τριχοειδή αγγεία του πνεύμονα. Τα τοιχώματα των τριχοειδών αγγείων είναι πολύ λεπτά, γι' αυτό και τα αέρια τα διαπερνούν πολύ εύκολα. Έτσι το οξυγόνο του αέρος πέρνα από τις πνευμονικές κυψελίδες στο αίμα. Εξ αλλού το διοξείδιο του άνθρακα αποβάλλεται από το αίμα και πέρνα στις πνευμονικές κυψελίδες για να μεταφερθεί προς τα έξω.



Μικρές φλέβες παραλαμβάνουν από τα τριχοειδή του πνεύμονα το αίμα. Οι φλέβες αυτές ενώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν τελικά τις πνευμονικές φλέβες, οι οποίες, ακολουθώντας τη διαδρομή των αρτηριών, φθάνουν στον αριστερό κόλπο. Η πνευμονική αρτηρία περιέχει αίμα σκοτεινόχρωμο και πλούσιο σε διοξείδιο του άνθρακα (φλεβικό αίμα), ενώ οι πνευμονικές φλέβες περιέχουν αίμα που έχει αποβάλει το διοξείδιο του άνθρακα και έχει παραλάβει το οξυγόνο. Γι' αυτόν τον λόγο, το χρώμα του είναι καθαρό ερυθρό (αρτηριακό αίμα).

Μεγάλη κυκλοφορία (Συστηματική κυκλοφορία)

Η αορτή από την οποία αρχίζει η μεγάλη κυκλοφορία, ξεκινά από την αριστερά κοιλία. Σχηματίζει ένα μεγάλο τόξο που κατευθύνεται προς τα πίσω και αριστερά (αορτικό τόξο). Κατεβαίνει κατακόρυφα, ακολουθώντας τη σπονδυλική στήλη, πέρνα το διάφραγμα και μπαίνει στην κοιλιακή χώρα. Στο τέλος της διαδρομής η αορτή χωρίζεται στις δύο λαγόνιες αρτηρίες, που κατευθύνονται στα κάτω άκρα. Από την αορτή ξεκινούν διάφοροι κλάδοι, οι οποίοι μεταφέρουν το αίμα στα διάφορα όργανα. Από το αορτικό τόξο ξεκινούν οι υποκλείδιες αρτηρίες, που τροφοδοτούν με αίμα τα άνω άκρα και οι καρωτίδες αρτηρίες, που μεταφέρουν το αίμα στο κεφάλι. Από τη

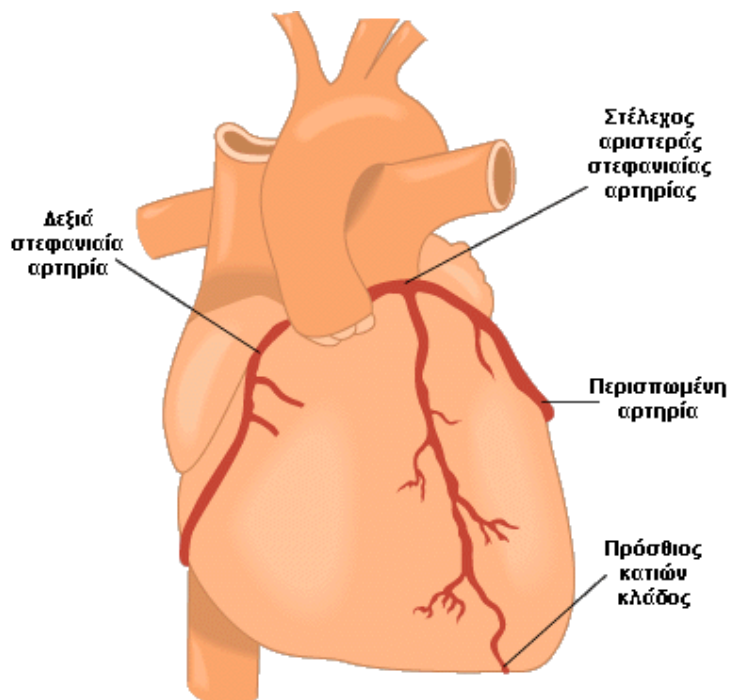
θωρακική αορτή αρχίζουν οι βρογχικές αρτηρίες, οι οποίες κατευθύνονται στους βρόγχους και στους πνεύμονες, οι αρτηρίες τού οισοφάγου και οι μεσοπλεύριες αρτηρίες. Από την κοιλιακή αορτή ξεκινούν οι έξης κλάδοι:

- Ηπατική αρτηρία, η σπληνική αρτηρία και η στεφανιαία αρτηρία του στομάχου
- Μεσεντέριες αρτηρίες, πού κατευθύνονται στα έντερα
- Νεφρικές αρτηρίες, οι οποίες κατευθύνονται στους νεφρούς
- Γεννητικές αρτηρίες πού προορίζονται για τα γεννητικά όργανα

Τέλος η αορτή χωρίζεται στις δύο λαγόνιες αρτηρίες πού αρχίζουν από την κοιλία, διασχίζουν την κνήμη και φθάνουν ως την άκρη του ποδιού.

Η ίδια η καρδιά έχει επίσης ανάγκη από τροφή. Το αίμα πού κυκλοφορεί στην καρδιά δεν την τρέφει, απλώς περνά μέσα από τις κοιλότητες της. Για τη θρέψη της υπάρχουν ειδικές αρτηρίες οι στεφανιαίες αρτηρίες (δεξιά και αριστερά), οι οποίες εκφύονται από την αορτή, λίγο πάνω από την έξοδο της από την αριστερά κοιλία. Οι στεφανιαίες αρτηρίες λίγο μετά την έκφυσή τους από την αορτή εισχωρούν κατευθείαν στη καρδιά και διακλαδίζονται μέσα στο μυοκάρδιο σε πολυάριθμους μικρότερους κλάδους και αυτοί σε πυκνό δίκτυο τριχοειδών. Το αίμα πού έδωσε το οξυγόνο και τις θρεπτικές ουσίες στο μυοκάρδιο συγκεντρώνεται από τις φλέβες της καρδιάς στο στεφανιαίο κόλπο, ο οποίος εκβάλλει κατευθείαν στον δεξιό κόλπο. Η καρδιά λοιπόν έχει μία δική της, μικρή ανεξάρτητη κυκλοφορία.

-ΤΑ ΑΓΓΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ



Οι στεφανιαίες αρτηρίες είναι δύο

1. Η αριστερή στεφανιαία αρτηρία

Αποτελείται από ένα βραχύ στέλεχος μήκους 1-2 εκατοστά και μετά διακλαδίζεται σε δυο μεγάλους κλάδους τον πρόσθιο κατιόντα και την περισπωμένη αρτηρία.

2. Η δεξιά στεφανιαία αρτηρία.

Η στεφανιαία κυκλοφορία

- Πρόκειται για το πυκνότερο δίκτυο τριχοειδών αγγείων που υπάρχει σε ολόκληρο το σώμα. Πράγματι, αντιστοιχεί ένα περίπου τριχοειδές για κάθε μια μυϊκή ίνα του μυοκαρδίου, δηλαδή κάπου 2500 τριχοειδή σε κάθε ένα κυβικό χιλιοστόμετρο μυοκαρδίου.
- Το αίμα που διέρχεται από τα στεφανιαία αγγεία σε ένα λεπτό είναι περίπου 250 κυβικά εκατοστόμετρα, όταν βρισκόμαστε σε κατάσταση ηρεμίας, και φτάνει στο ένα λίτρο σε κάθε λεπτό, όταν βρισκόμαστε σε κατάσταση έντονης μυϊκής δραστηριότητας.
- Το πρώτο από αυτά τα ποσά είναι σχεδόν διπλάσιο από εκείνο που διέρχεται από άλλα όργανα του σώματος, όταν αναλογίζεται σε ποσό αίματος ανά μονάδα βάρους του οργάνου, το δε δεύτερο ποσό φτάνει στο οκταπλάσιο περίπου της αιμάτωσης οποιουδήποτε άλλου ιστού του σώματος.
- Η ροή του αίματος μέσα από τα στεφανιαία αγγεία, τουλάχιστον όσον αφορά τα αγγεία που βρίσκονται σε ορισμένα στρώματα του τοιχώματος της αριστεράς κοιλίας, είναι διακεκομμένη, γιατί κατά τη συστολή της καρδιάς, η πίεση που αναπτύσσεται μέσα στην αριστερή κοιλία είναι μεγαλύτερη από την πίεση του αίματος μέσα στις στεφανιαίες αρτηρίες και τις διακλαδώσεις τους, με αποτέλεσμα τα αγγεία αυτά να συμπιέζονται, και η ροή του αίματος μέσα από αυτά προσωρινά να ανακόπτεται.
- Το ποσό του οξυγόνου που αποδίδεται από το αίμα που περνάει μέσα από αυτό το κύκλωμα προς το μυοκάρδιο είναι υπερδιπλάσιο από αυτό που αποδίδεται από το ίδιο ποσό αίματος, σε οποιοδήποτε άλλο όργανο του σώματος.

Στεφανιαίες αρτηρίες και οξεία καρδιακή προσβολή

Δυστυχώς, οι στεφανιαίες αρτηρίες, όπως και πολλές άλλες αρτηρίες στο σώμα, είναι δυνατό να υποστούν στένωση, με την ανάπτυξη στην εσωτερική επιφάνεια τους τοιχώματός τους, αθηρωματικών πλακών (αρτηριοσκλήρωση).

Κάτω από αυτές τις συνθήκες δεν είναι δυνατό να περνάει αρκετό αίμα προς τα τριχοειδή του μυοκαρδίου, όταν η καρδιά χρειάζεται περισσότερο οξυγόνο και άλλα θρεπτικά στοιχεία, όπως όταν περπατάμε, τρέχουμε ή ανεβαίνουμε σκαλοπάτια, με αποτέλεσμα το μυοκάρδιο να πάσχει από έλλειψη οξυγόνου, κατάσταση που

προκαλεί έντονο σθηθαγχικό πόνο και δυσφορία.

Στο σημείο της στένωσης μπορεί επίσης να σχηματιστεί αιφνίδια θρόμβος, από αίμα που έχει πήξει (εξαιτίας της επαφής του αίματος με στοιχεία της αθηρωματικής πλάκας), με αποτέλεσμα την απότομη πλήρη ή σοβαρή διακοπή της ροής του αίματος από αυτό το σημείο. Σ' αυτή την περίπτωση πρόκειται για οξεία καρδιακή προσβολή (έμφραγμα του μυοκαρδίου), με συνέπειες ανάλογες με τη σπουδαιότητα του αρτηριακού κλάδου που έχει αποφραχθεί

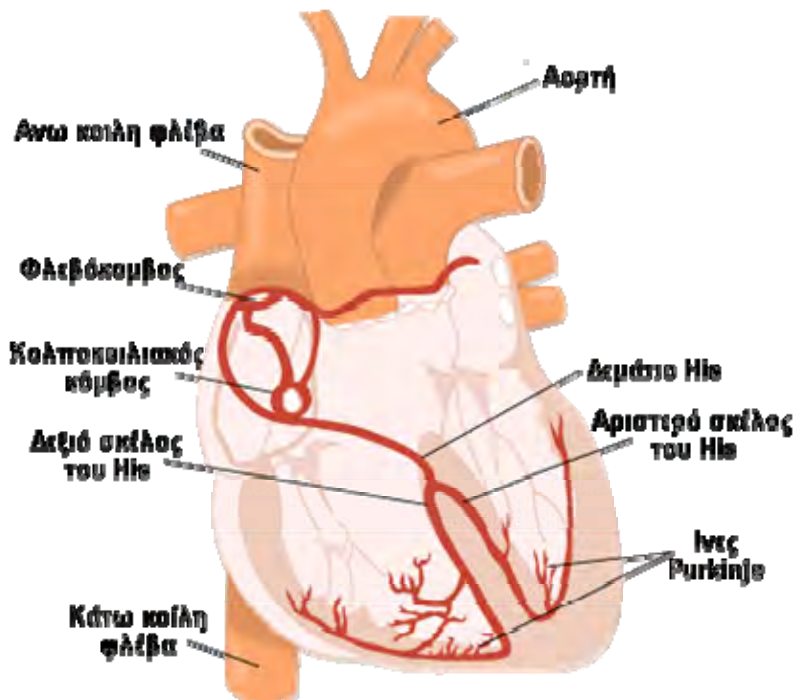
-Η ΝΕΥΡΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ

Η καρδιά είναι ένα όργανο κάπως αυτόνομο. Όπως έχει μια δική της ανεξάρτητη κυκλοφορία, κατά τον ίδιο τρόπο μπορεί και πάλλεται μόνη της. Το ερέθισμα πού κάνει την καρδιά να πάλλεται προέρχεται από το φλεβόκομβο, ένα μικρό ανατομικό μόριο στη συμβολή δεξιού κόλπου και κάτω κοίλης φλέβας. Η καρδιά δηλ. είναι δυνατό να χτυπά χωρίς τη μεσολάβηση του νευρικού συστήματος. Ωστόσο στη καρδιά φθάνουν νεύρα, τα οποία προέρχονται από το παρασυμπαθητικό (πνευμονογαστρικό) και το συμπαθητικό σύστημα. Τα νεύρα αυτά ρυθμίζουν τούς παλμούς (καρδιακή συχνότητα) της καρδιάς: το συμπαθητικό τούς επιταχύνει, ενώ το πνευμονογαστρικό τους επιβραδύνει.

Η καρδιά χαρακτηρίζεται από την ικανότητα να συστέλλεται χωρίς εξωτερικό ερέθισμα, που να προέρχεται από άλλα όργανα, χάρη στην ύπαρξη ειδικού ηλεκτρικού συστήματος (ερεθισματοαγωγό σύστημα της καρδιάς). Η βηματοδοτική λειτουργία της καρδιάς, διαδραματίζει τρεις σημαντικούς ρόλους: κάνει, την καρδιά να χτυπά αυθόρμητα, ρυθμίζει την καρδιακή συχνότητα και μεταφέρει το ηλεκτρικό σήμα στις κοιλίες με κάθε καρδιακό παλμό, μέσω ειδικών οδών. Μια υγιής καρδιά χτυπά με συχνότητα περίπου 60 έως 100 παλμών ανά λεπτό, σε ηρεμία.

Ο φλεβόκομβος

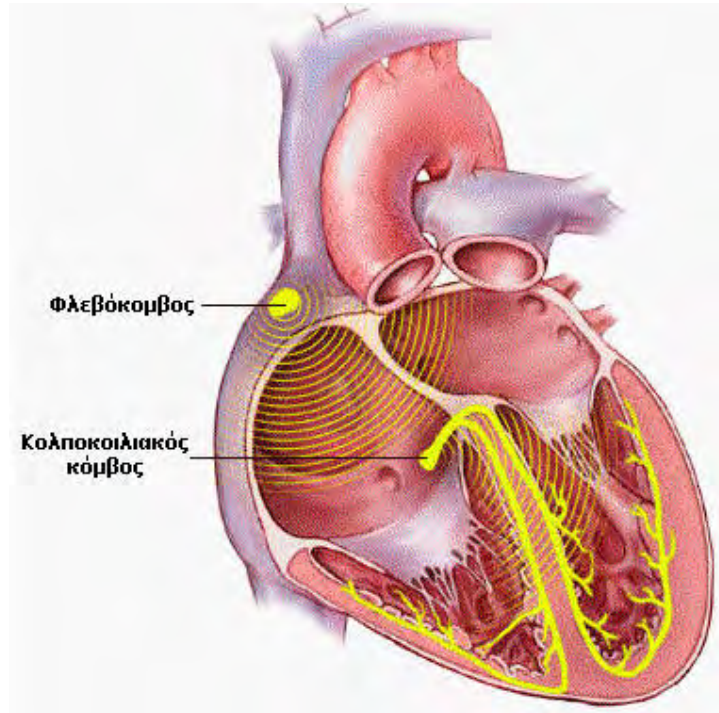
Το ερέθισμα στην καρδιά φυσιολογικά παράγεται από τον φλεβόκομβο. Ο φλεβόκομβος εντοπίζεται στη συμβολή του δεξιού κόλπου και της άνω κοίλης φλέβας. Συνιστά ένα σύνολο κυττάρων που σχηματίζουν την πρωτογενή ηλεκτρική γεννήτρια (βηματοδότη) της καρδιάς. Κάθε καρδιακός παλμός ξεκινά στο φλεβόκομβο και πυροδοτεί μια αλυσιδωτή ηλεκτρική αντίδραση που διαχέει το σήμα και στους δύο κόλπους, με αποτέλεσμα την κολπική σύσπαση. Το ηλεκτρικό σήμα μεταβιβάζεται στη συνέχεια στον κολποκοιλιακό κόμβο.



Ο κολποκοιλιακός κόμβος

Η ηλεκτρική ώση μεταβιβάζεται από τους κόλπους σε μια ζώνη που βρίσκεται στη δεξιά οπίσθια θέση του μεσοκοιλιακού διαφράγματος. Η ζώνη αυτή ονομάζεται κολποκοιλιακός κόμβος και είναι το μοναδικό σημείο ηλεκτρικής σύνδεσης κόλπων και κοιλιών.

Ο κολποκοιλιακός κόμβος λειτουργεί ως θύρα ελέγχου του ηλεκτρικού σήματος μεταξύ του φλεβόκομβου και των οδών αγωγής των κοιλιών, προκειμένου να εξασφαλίζει το σωστό χρόνο μετάδοσης της ηλεκτρικής ώσης για την πυροδότηση της κοιλιακής σύσπασης. Ουσιαστικά το ερέθισμα καθυστερεί για λίγο μέσα στον κολποκοιλιακό κόμβο και μετά μέσω του δεματίου του His διαχέεται στις κοιλίες για να τις διεγείρει.



Δεμάτιο του His

Το ηλεκτρικό σήμα μετά τον κολποκοιλιακό κόμβο, μεταφέρεται μέσω του ειδικού ερεθισματοαγωγού ιστού των κοιλιών, που ονομάζεται δεμάτιο του His στις κοιλίες.

Το δεμάτιο του His είναι συνέχεια του κολποκοιλιακού κόμβου και πορεύεται υπενδοκαρδιακά στο μεσοκοιλιακό διάφραγμα σαν κοινό στέλεχος που στην συνέχεια διακλαδίζεται σε δύο σκέλη το αριστερό και το δεξιό σκέλος έτσι ώστε να προκαλεί ηλεκτρική διέγερση και στις δύο κοιλίες. Το αριστερό σκέλος χωρίζεται περιφερικότερα σε πρόσθιο και οπίσθιο ημισκέλος.

ΚΑΡΔΙΑΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Μυοκαρδιοπάθειες

- [Υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια](#)

Τι είναι η υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια;

Είναι μία νόσος που χαρακτηρίζεται από αυξημένο πάχος (υπερτροφία) του τοιχώματος της αριστερής κοιλίας της καρδιάς. Ονομάζεται υπερτροφική αποφρακτική μυοκαρδιοπάθεια και εμφανίζεται στο γενικό πληθυσμό σε αναλογία 1:500. Αποτελεί, όμως, τη συχνότερη αιτία αιφνιδίου θανάτου σε άτομα ηλικίας κάτω των 30 ετών, καθώς και σε νεαρούς αθλητές.

Οι νέοι κινδυνεύουν κυρίως από τη νόσο

Στην πλειονότητα των περιπτώσεων η νόσος είναι κληρονομική και οφείλεται σε μεταλλάξεις γονιδίων, που ευθύνονται για πρωτεΐνες, που συμμετέχουν στη δημιουργία ή έχουν ρυθμιστικό ρόλο στη συστολή της καρδιάς. Έχουν μέχρι τώρα ανακαλυφθεί τουλάχιστον 10 τέτοια γονίδια και πολλές μεταλλάξεις, ενώ είναι σαφές ότι υπάρχει διαφορετική εμφάνιση της νόσου ακόμα και σε άτομα με την ίδια μετάλλαξη.

Η υπερτροφία του τοιχώματος της αριστερής κοιλίας αναπτύσσεται κατά τις περιόδους σωματικής ανάπτυξης, ιδιαίτερα στην εφηβεία. Υπάρχουν όμως μορφές της νόσου στις οποίες η υπερτροφία αναπτύσσεται σε πιο προχωρημένη ηλικία (μετά τα 40-50 έτη). Το πότε θα εκδηλωθεί η νόσος, εξαρτάται από το γονίδιο που κληρονομεί κανείς.

Η συνηθέστερη εντόπιση της υπερτροφίας είναι το μεσοκοιλιακό διάφραγμα, δηλαδή το μυϊκό τοίχωμα που χωρίζει μεταξύ τους τις δύο κοιλίες της καρδιάς.

Στην υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια τα τοιχώματα της αριστερής κοιλίας είναι αρκετά παχύτερα του φυσιολογικού και ανελαστικά. Συχνότερα ανευρίσκεται μεμονωμένη πάχυνση του μεσοκοιλιακού διαφράγματος. Λόγω της πάχυνσης του μεσοκοιλιακού διαφράγματος κατά την συστολή αυτό προβάλλει κάτω από την αορτική βαλβίδα και προκαλεί στένωση του χώρου εξόδου της αριστεράς κοιλίας και δυσκολία στην εκροή του αίματος προς την αορτή.

Ποια τα αίτια της υπερτροφικής μυοκαρδιοπάθειας;

Στις περισσότερες περιπτώσεις οφείλεται σε κληρονομικά αίτια, με αποτέλεσμα να ανευρίσκεται και σε συγγενείς του πάσχοντος. Σε άλλες περιπτώσεις δεν ανευρίσκεται κληρονομική προδιάθεση και πιθανολογείται πρώτη μετάλλαξη στον πάσχοντα. Τα συμπτώματα εμφανίζονται άλλοτε σε μικρή ηλικία και άλλοτε σε μεγαλύτερη.

Ποια τα συμπτώματα της υπερτροφικής μυοκαρδιοπάθειας;

- Στηθάγχη
- Συγκοπτικά επεισόδια ή ζάλη, οφειλόμενα στην απόφραξη του χώρου εκροής, ή σε αρρυθμίες
- Αίσθημα παλμών: Οφείλονται σε αρρυθμίες όπως έκτακτες κοιλιακές συστολές, κοιλιακή ταχυκαρδία ή κολπική μαρμαρυγή. Η εμφάνιση κολπικής μαρμαρυγής επιδεινώνει δραματικά τα συμπτώματα
- Δύσπνοια: Συνήθως εμφανίζεται μετά από εγκατάσταση κολπικής μαρμαρυγής

Η νόσος μπορεί να κάνει την εμφάνισή της σε κάθε ηλικία με συμπτώματα, όπως δύσπνοια, πόνο στο στήθος, επεισόδια ζάλης ή λιποθυμικά επεισόδια, αίσθημα καρδιακών παλμών ή εύκολη κόπωση. Πολλοί ασθενείς δεν έχουν καθόλου συμπτώματα, ενώ άλλοι μπορεί να έχουν ιδιαίτερα έντονα συμπτώματα που να περιορίζουν σημαντικά τις καθημερινές τους δραστηριότητες.

Στο ένα τρίτο περίπου των ασθενών με υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια, η υπερτροφία του μεσοκοιλιακού διαφράγματος είναι τέτοια, που εμποδίζει την έξοδο του αίματος από την αριστερή κοιλία κατά τη συστολή, δημιουργώντας μία δυναμική ενδοκοιλοτική απόφραξη. Στην περίπτωση αυτή της αποφρακτικής υπερτροφικής μυοκαρδιοπάθειας μπορεί να μετρηθεί μία διαφορά στην πίεση του αίματος πριν και μετά το σημείο της απόφραξης, το οποίο βρίσκεται και οριοθετείται από την επαφή του μεσοκοιλιακού διαφράγματος με τη μιτροειδή βαλβίδα κατά τη συστολή. Η ύπαρξη απόφραξης στο χώρο εξόδου της αριστερής κοιλίας είναι γνωστό ότι συσχετίζεται με τη βαρύτητα των συμπτωμάτων, ενώ έχει πρόσφατα συσχετισθεί με δυσμενέστερη εξέλιξη της νόσου.

- [Διατατική μυοκαρδιοπάθεια](#)

Οι μυοκαρδιοπάθειες είναι παθήσεις του μυοκαρδίου στις οποίες η αιτία δεν έχει εξακριβωθεί. Η αιτία δηλαδή της πάθησης αυτής είναι μια από τις γνωστές αιτίες που προκαλούν νόσο του μυοκαρδίου όπως είναι η υπέρταση, η στεφανιαία νόσος, κ.λ.π. Οι δυο πιο συχνοί τύποι είναι η Υπερτροφική και η Διατατική Μυοκαρδιοπάθεια. Είναι διαφορετικές παθήσεις, αλλά ταυτόχρονα ξεχωρίζουν εύκολα και πολύ καλά μεταξύ τους.

Τι είναι η διατατική μυοκαρδιοπάθεια;

Στην διατατική μυοκαρδιοπάθεια οι διαστάσεις της καρδιάς αυξάνονται τα δε τοιχώματα γίνονται λεπτότερα. Έτσι η συστολική δύναμη της καρδιάς μειώνεται και ο άρρωστος παρουσιάζει συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας. Η προσβολή αφορά συχνότερα την αριστερά κοιλία και σπάνια την δεξιά ή και τις δύο κοιλίες

Η πάθηση είναι κληρονομική σε ποσοστό 20 - 25% και προσβάλλει ανθρώπους μέσης ηλικίας, αν και μπορεί να εμφανισθεί σε οποιαδήποτε ηλικία. Ο μυς της καρδιάς ασθενεί και αυτό προκαλεί τη λέπτυνση των τοιχωμάτων, ενώ διογκώνονται οι κοιλότητες της καρδιάς με αποτέλεσμα να μην μπορεί να προωθεί ικανοποιητικά το αίμα στο σώμα, με αποτέλεσμα ορισμένη ποσότητα αίματος να προωθείται προς την αντίθετη κατεύθυνση (σε λάθος δρόμο) και αυτό ονομάζεται ανεπάρκεια της μιτροειδούς. Αυτό οδηγεί σε συμφόρηση των πνευμόνων και σε δύσπνοια. Ορισμένες φορές και οι δεξιές κοιλότητες της καρδιάς μπορεί να προσβάλλονται προκαλώντας συσσώρευση υγρών στους ιστούς του σώματος, ιδιαίτερα στα πόδια (οίδημα των σφυρών). Αυτό το σύνολο των συμπτωμάτων ονομάζεται "καρδιακή ανεπάρκεια".

Μερικές φορές το ηλεκτρικό σύστημα της καρδιάς προσβάλλεται με αποτέλεσμα ο ασθενής να αισθάνεται ζάλη, "ταχυκαρδίες", "φτερουγίσματα της καρδιάς" ή "αίσθημα παλμών".

Αιτιολογία της διατακτικής μυοκαρδιοπάθειας;

Δεν έχει βρεθεί μια συγκεκριμένη αιτία. Πιθανολογούνται τα εξής:

- Κληρονομικά αιτία.
- Ιογενής λοίμωξη
- Κατάχρηση οινοπνεύματος.
- Εγκυμοσύνη και λοχεία.
- Αντικαρκινικά φάρμακα.

Ποια τα συμπτώματα της διατακτικής μυοκαρδιοπάθειας;

Η διατακτική μυοκαρδιοπάθεια μπορεί να εμφανιστεί με πολλά συμπτώματα που μπορεί να αναπτυχθούν κατά τη διάρκεια ενός μεγάλου χρονικού διαστήματος. Τέτοια είναι

Συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας:

Δύσπνοια

Είναι ένα συχνό σύμπτωμα που γίνεται ιδιαίτερα χειρότερο κατά τη διάρκεια άσκησης. Προκαλείται από συγκέντρωση υγρού στους πνεύμονες. Τα περισσότερα άτομα υποφέρουν μόνο από ήπιο περιορισμό, ενώ άλλοι μπορεί να προσβληθούν σοβαρά και να έχουν δύσπνοια και στην ηρεμία.

Εύκολη κόπωση

Αν το σώμα δεν είναι ικανό να πάρει αρκετό αίμα από την καρδιά και οι μύες δεν είναι ικανοί να συστέλλονται κανονικά με αποτέλεσμα να κουράζονται εύκολα.

Οίδημα κάτω άκρων

Παρατηρείται περισσότερο στους αστραγάλους και στα πόδια.

Πόνος στο στήθος

Αυτό είναι ένα κοινό σύμπτωμα και μπορεί να συμβεί κατά τη διάρκεια άσκησης ή ξεκούρασης: το τι ακριβώς προκαλεί τον πόνο δεν είναι φανερό. Είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι ο πόνος δεν οφείλεται στη στεφανιαία νόσο (οι στεφανιαίες αρτηρίες είναι φυσιολογικές στη διατακτική μυοκαρδιοπάθεια) και ο πόνος δεν προκαλεί βλάβη στην καρδιά.

Αρρυθμίες

Εμφανίζονται με αίσθημα παλμών. Οι πιο συχνές είναι κολπική μαρμαρυγή, έκτακτες κοιλιακές συστολές, κοιλιακή ταχυκαρδία.

Δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια

Σε τελικά στάδια συμπτώματα δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας (διόγκωση ήπατος και οιδήματα στα κάτω άκρα).

- [Αρρυθμογόνος μυοκαρδιοπάθεια της δεξιάς κοιλίας](#)

Η αρρυθμογόνος μυοκαρδιοπάθεια της δεξιάς κοιλίας (ΑΜΔΚ) χαρακτηρίζεται από αντικατάσταση του μυοκαρδίου κυρίως της δεξιάς κοιλίας από ινολιπώδη ιστό και είναι συνήθως οικογενής

ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Τι είναι καρδιακή ανεπάρκεια;

Καρδιακή ανεπάρκεια είναι η ανικανότητα της καρδιάς να εφοδιάσει τους ιστούς του σώματος με την απαραίτητη ποσότητα αίματος. Αυτό συμβαίνει λόγω καρδιακής βλάβης που προκαλεί μείωση της λειτουργικότητας (δύναμης) της καρδιάς.

Με ποιες μορφές εμφανίζεται;

Αριστερή καρδιακή ανεπάρκεια

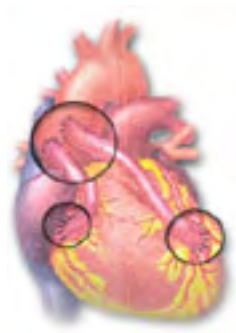
Η βλάβη βρίσκεται στην αριστερά κοιλία, που αδυνατεί να προωθήσει το αίμα προς την αορτή. Η πίεση προς τα «πίσω» (αριστερό κόλπο και πνεύμονες) αυξάνει. Η αυξημένη αυτή πίεση προκαλεί εξίδρωση υγρού στον περιαγγειακό χώρο των πνευμονικών τριχοειδών και σε σοβαρότερες καταστάσεις υγρό εμφανίζεται μέσα στις κυψελίδες. Έτσι τα συμπτώματα που εμφανίζονται είναι από τους πνεύμονες, κυρίως δύσπνοια.

Δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια

Η βλάβη, βρίσκεται στην δεξιά κοιλία που αδυνατεί να προωθήσει το αίμα προς την πνευμονική αρτηρία. Η πίεση προς τα «πίσω» αυξάνεται (δεξιό κόλπο και φλέβες) και τα συμπτώματα προέρχονται από την φλεβική στάση (κυρίως οιδήματα κάτω άκρων).

Τι είναι αορτοστεφανιαία παρακάμψη ή Bypass

Είναι γνωστό ότι η στεφανιαία νόσος οφείλεται σε στενώσεις των στεφανιαίων αρτηριών. Η εγχειρητική τεχνική παράκαμψης των στεφανιαίων στενώσεων ονομάζεται αορτοστεφανιαία παρακάμψη. Η παράκαμψη (υπερπήδηση), με φλεβικά ή αρτηριακά μοσχεύματα, γίνεται συνήθως από την αορτή προς την στεφανιαία αρτηρία μετά την στένωση (το ένα άκρο της φλέβας ή της αρτηρίας συρράπτεται στην αορτή και το άλλο στην στεφανιαία αρτηρία μετά την στένωση).



Φλεβικά
μοσχεύματα
ξεκινούν από την
αορτή και
καταλήγουν στις
στεφανιαίες
αρτηρίες

Έτσι με αρκετό αίμα τροφοδοτείται η στεφανιαία κυκλοφορία από την αορτή). Η παράκαμψη (υπερπήδηση), με αρτηρίες γίνεται από τη θέση της εκφύσεως των προς την στεφανιαία αρτηρία πάλι μετά την στένωση (το ένα άκρο της αρτηρίας παραμένει ως έχει και συρράπτεται στην στεφανιαία αρτηρία μετά την στένωση.)

Λίγα λόγια για την εξωσωματική κυκλοφορία

Για να εκτελεστεί μια καρδιακή επέμβαση χρειάζεται η καρδιά να είναι ακίνητη. Αυτό επιτυγχάνεται με μηχανική υποκατάσταση της καρδιάς και των πνευμόνων, διά της χρησιμοποίησης της μηχανής εξωσωματικής κυκλοφορίας. Η μηχανή αυτή προσφέρει πίεση και οξυγόνο στο αίμα, αφού, όπως αναφέραμε πιο πάνω, η καρδιά και οι πνεύμονες έχουν σταματήσει να λειτουργούν κατά τη διάρκεια της καρδιακής επέμβασης. Η εφαρμογή της εξωσωματικής κυκλοφορίας απαιτεί την αποκάλυψη της

καρδιάς με το κόψιμο του στέρνου στη μέση γραμμή, τοποθέτηση καθετήρων στην αορτή και κοίλες φλέβες και διασύνδεση των καθετήρων με τους σωλήνες της μηχανής της εξωσωματικής κυκλοφορίας.

Στις περισσότερες επεμβάσεις ανοιχτής καρδιάς διακόπτεται προσωρινά η ροή των στεφανιαίων αρτηριών διά της εφαρμογής λαβίδας επί της αορτής, αποκλείοντας έτσι την κυκλοφορία στις στεφανιαίες αρτηρίες. Κατά τη διάρκεια αυτή, το μυοκάρδιο χρειάζεται προστασία, η οποία επιτυγχάνεται με τοπική υποθερμία και καρδιοπληγία. Υποθερμία και καρδιοπληγία γίνεται με ταχεία χορήγηση ψυχρού διαλύματος καλίου με αίμα στη στεφανιαία κυκλοφορία. Μετά την επέμβαση ο ασθενής αποσυνδέεται σταδιακά από την εξωσωματική κυκλοφορία και τελικά η καρδιά και οι πνεύμονές του λειτουργούν αυτοτελώς και πάλι.

ΑΡΡΥΘΜΙΕΣ

Αρρυθμίες

Γενικά

- Φλεβοκομβικός ρυθμός
- Διάγνωση των αρρυθμιών
- Ηλεκτροκαρδιογραφικές τεχνικές στην αποκάλυψη των αρρυθμιών

Υπερκοιλιακές αρρυθμίες

- Φλεβοκομβική ταχυκαρδία
- Φλεβοκομβική βραδυκαρδία
- Φλεβοκομβική παύση
- Κολποκοιλιακός αποκλεισμός
- Έκτακτες κολπικές συστολές
- Παροξυσμική υπερκοιλιακή ταχυκαρδία
- Περιπλανώμενος βηματοδότης
- Κομβικός ρυθμός
- Σύνδρομο νοσούντος φλεβόκομβου

Κοιλιακές αρρυθμίες

- Έκτακτες κοιλιακές συστολές
- Ίδιοκοιλιακός ρυθμός
- Κοιλιακή ταχυκαρδία
- Επιταχυνόμενη κοιλιακή ταχυκαρδία
- Πολύμορφη κοιλιακή ταχυκαρδία (torsades des pointes)
- Κοιλιακή ταχυκαρδία του χώρου εξόδου της δεξιάς κοιλίας
- Κοιλιακή μαρμαρυγή

Τι είναι αρρυθμία;

Φυσιολογικά η καρδιά διεγείρεται από τον φλεβόκομβο. Το ερέθισμα μετά διαχέεται στους κόλπους και τους ερεθίζει (κολπική συστολή). Μετά μέσω του κολποκοιλιακού κόμβου διαχέεται στις κοιλίες που τις διεγείρει και αυτές (κοιλιακή συστολή). Εάν για κάποια αιτία αυτή η ρυθμική διέγερση της καρδιάς διακοπεί λέμε ότι εμφανίζεται αρρυθμία.

Φλεβοκομβικός ρυθμός

Φυσιολογικά η καρδιά διεγείρεται από το φλεβόκομβο που βρίσκεται στο δεξιό κόλπο σε περιοχή μεταξύ της εκβολής της άνω και κάτω κοίλης φλέβας. Στην περίπτωση αυτή λέμε ότι ο ρυθμός είναι φλεβοκομβικός και με τον όρο αυτό εννοούμε ότι δεν υπάρχει αρρυθμία από προσωρινή ή μονιμότερη επικράτηση κέντρου εκπομπής ερεθισμάτων έξω από τον φλεβόκομβο. Ακόμη με τον όρο «φλεβοκομβικός ρυθμός» οι περισσότεροι γιατροί στην καθημερινή πράξη εννοούν ότι δεν υπάρχει αρρυθμία.

Σε φλεβοκομβικό ρυθμό με φυσιολογική αγωγή του ερεθίσματος το ηλεκτροκαρδιογράφημα δείχνει φυσιολογικό έπαρμα P, διάστημα PR 0,12-0,20 sec και στενό σύμπλεγμα QRS εύρους μικρότερου των 0,11 sec.

Αίτια και μηχανισμοί αρρυθμιών

Για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των αρρυθμιών πρέπει να γίνεται όσο το δυνατόν πιο επιστημονική αξιολόγηση αυτών. Για το σκοπό αυτό πέρα από τους κλινικούς και τους ηλεκτροκαρδιογραφικούς χαρακτήρες απαραίτητη είναι η γνώση:

- των αιτιών τους
- των μηχανισμών αρρυθμιογέννεσης και
- της σχέσης τους με τα υπόλοιπα καρδιακά σύνδρομα.

Η ηλεκτρική δραστηριότητα της καρδιάς ρυθμίζεται από τα παρακάτω:

1. Αυτοματισμός:

Αυτοματισμός είναι η ικανότητα των καρδιακών κυττάρων να παράγουν από μόνα τους ερεθίσματα.



Φυσιολογικά αυτή την ικανότητα έχουν μόνο τα κύτταρα του ερεθισματοαγωγού συστήματος.

Ο αυτοματισμός είναι μεγαλύτερος στον φλεβόκομβο (70-80 /min) και μειώνεται σταδιακά μέχρι τις ίνες Purkinje (30-40/min).

Έτσι ο φλεβόκομβος με τον μεγαλύτερο αυτοματισμό καταστέλλει τα υπόλοιπα κέντρα και αναλαμβάνει υπό φυσιολογικές συνθήκες την βηματοδότηση της καρδιάς.

2. Διεγερσιμότητα:

Διεγερσιμότητα είναι η ιδιότητα του μυοκαρδίου να εκπολώνεται όταν δέχεται ένα ερέθισμα που έχει επαρκή ένταση.

Το διεγερμένο μυοκάρδιο δεν μπορεί να ξαναδιεγερθεί πριν περάσει κάποιο χρονικό διάστημα.

Το διάστημα αυτό ονομάζεται ανερέθιστη περίοδος.

Η ανερέθιστη περίοδος μπορεί να είναι απόλυτη όταν κανένα ερέθισμα δεν μπορεί να προκαλέσει διέγερση και σχετική όταν ένα ισχυρό ερέθισμα μπορεί να προκαλέσει μικρή διέγερση.

3. Αγωγιμότητα

Είναι η ικανότητα των καρδιακών κυττάρων να μεταδίδουν ένα ερέθισμα.

Την ικανότητα αυτή έχουν όλα τα καρδιακά κύτταρα.

Η ταχύτητα αγωγής ενός ερεθίσματος είναι μεγαλύτερη στις ίνες Purkinje (2000-3000mm/sec) και μικρότερη στον κολποκοιλιακό κόμβο και τον μυϊκό ιστό του μυοκαρδίου.

Οι καρδιακές αρρυθμίες προκαλούνται με τους παρακάτω μηχανισμούς:

1. Διαταραχές της αγωγιμότητας

Οι διαταραχές αγωγής οδηγούν είτε σε απλή καθυστέρηση ή στον αποκλεισμό του ερεθίσματος σε κάποιο επίπεδο του συστήματος αγωγής από το φλεβόκομβο μέχρι τις ίνες Purkinje.

Όταν η διέγερση δεν φθάσει στις κοιλίες λόγω αποκλεισμού σε κάποιο επίπεδο, ένας τριτεύων βηματοδότης εκδηλώνει τον αυτοματισμό του και έτσι το άτομο επιβιώνει.

Αν όμως υπάρχει μειωμένος αυτοματισμός και τον τριτευόντων κέντρων παύει η καρδιακή λειτουργία.

Εκτός από τους αποκλεισμούς σε διάφορα επίπεδα οι διαταραχές στην αγωγή του ερεθίσματος μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση αρρυθμιών με μηχανισμό επανεισόδου.

2. Διαταραχές του αυτοματισμού

Οι διαταραχές αυτοματισμού φυσιολογικού ή παθολογικού οδηγούν σε μεταβολές της συχνότητας των εκπεμπομένων ερεθισμάτων από τον φλεβόκομβο ή τα άλλα αυτοματικά κέντρα.

3. Μηχανισμός επανεισόδου

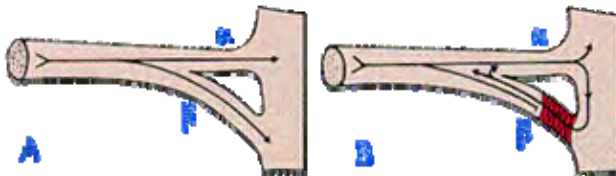
Όταν δύο περιοχές της καρδιάς συνδέονται όχι με μία αλλά με δύο οδούς αγωγής, ενδέχεται η διέγερση της μιας περιοχής να άγεται στην άλλη διαμέσου της μιας οδού και να επιστρέφει διαμέσου της άλλης οδού στην πρώτη περιοχή.

Εκεί η ανερέθιστη περίοδος μπορεί να έχει λήξει στο μεταξύ και η περιοχή να ξαναδιεγερθεί.

Αν στο μεταξύ έχει λήξει η ανερέθιστη περίοδος της πρώτης οδού και της δεύτερης περιοχής, η διέγερση εκτελεί μια συνεχή κυκλική κίνηση.

Οι δύο οδοί αγωγής μπορεί να είναι ανατομικά διάκριτες όπως συμβαίνει στα σύνδρομα προδιέγερσης.

Μπορεί όμως να διακρίνονται μόνο λειτουργικά όταν γειτονικές ίνες μιας οδού έχουν διαφορετικές ηλεκτροφυσιολογικές ιδιότητες όπως συμβαίνει στις περισσότερες παροξυσμικές ταχυκαρδίες.



4. Παρασυστολία

Ένας συνδυασμένος μηχανισμός διαταραχής και αγωγής του ερεθίσματος είναι η παρασυστολία.

Όταν ένας έκτοπος βηματοδότης περιβάλλεται από μία ζώνη με μονόδρομο αποκλεισμό της αγωγής προς τα μέσα, ο βηματοδότης δεν παρασύρεται από το γενικό ρυθμό της καρδιάς.

Παράγει λοιπόν τα δικά του ερεθίσματα που άγονται προς τα έξω και διεγείρουν τη καρδιά, όποτε αυτή δεν είναι σε ανερέθιστη περίοδο.

Στο ηλεκτροκαρδιογράφημα εμφανίζονται έκτοποι παλμοί χωρίς σταθερή σύζευξη με τον προηγούμενο παλμό, αλλά με δική τους ρυθμικότητα, παράλληλη με, και ανεξάρτητη από, την κανονική.

Τι είναι βηματοδότης;

Είναι μια συσκευή που παράγει ηλεκτρικά ερεθίσματα, τα οποία διεγείρουν την καρδιά μέσω ενός ή δυο ειδικών καλωδίων. Τοποθετείται στις καταστάσεις που η αυτόχθων διέγερση της καρδιάς έχει διαταραχθεί με αποτέλεσμα την εμφάνιση βραδυαρρυθμιών, οι οποίες μπορεί να προκαλούν ζάλη, κόπωση, δύσπνοια ή λιποθυμικά επεισόδια.

Σε ποιες καταστάσεις τοποθετείτε ο βηματοδοτης

Σε βλάβες του φλεβοκόμβου:

Μερικές φορές ο φλεβόκομβος σταματά να λειτουργεί σωστά. Μπορεί να αυξομειώνει ακανόνιστα το ρυθμό με τον οποίο στέλνει τα ηλεκτρικά σήματα ή ο ρυθμός των σημάτων είναι πολύ χαμηλός. Οι κοιλότητες της καρδιάς δεν συσπώνται αρκετά συχνά ώστε να παρέχουν ικανοποιητική ποσότητα αίματος στο σώμα. Τέτοιες παθήσεις είναι:

Μεγάλη φλεβοκομβική βραδυκαρδία, φλεβοκομβικές παύσεις, σύνδρομο νοσούντος φλεβοκόμβου.

Σε βλάβες του συστήματος αγωγής:

Προβλήματα επίσης μπορεί να παρουσιασθούν και στον ηλεκτρικό δρόμο μεταξύ των κόλπων και των κοιλιών της καρδιάς. Ο φλεβόκομβος στέλνει σήματα τα οποία μπορεί να φτάσουν καθυστερημένα στον κολποκοιλιακό κόμβο ή να μη φτάσουν καθόλου στις κοιλίες. Αυτή η κατάσταση ονομάζεται κολποκοιλιακός αποκλεισμός. Αν και οι κοιλίες έχουν ένα φυσικό εφεδρικό σύστημα, το οποίο μπορεί συνήθως να παράγει δικά του σήματα, αυτά είναι πολύ αργά. Σαν αποτέλεσμα καρδιακός αποκλεισμός συχνά σημαίνει την αργή κίνηση των κοιλιών, ακόμη και όταν ο φλεβόκομβος στέλνει πιο γρήγορα σήματα σε μία προσπάθεια να αυξήσει τον καρδιακό ρυθμό. Ο καρδιακός αποκλεισμός μπορεί να προκαλέσει το χάσιμο του κολποκοιλιακού συγχρονισμού με άλλα λόγια να προκληθεί κακός συντονισμός στις συσπάσεις μεταξύ κόλπων και κοιλιών. Σαν αποτέλεσμα οι κοιλίες δεν γεμίζουν αρκετά με αίμα πριν από την σύσπαση. Τέτοιες παθήσεις είναι:

Πλήρης κολποκοιλιακός αποκλεισμός, κολπική μαρμαρυγή με αργό κοιλιακό ρυθμό, σοβαρού βαθμού αποκλεισμοί σκελών.

Άλλα αίτια

Υπάρχουν βέβαια και άλλοι πιθανοί λόγοι για τον οποίο εμφυτεύεται ένας βηματοδότης όπως σε παθήσεις για λόγους άσχετους με τις βραδυκαρδίες. Τέτοιες παθήσεις είναι η διατακτική και υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια χωρίς ακόμα ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Για να σιγουρευτείτε ρωτήστε τον γιατρό σας γιατί χρειάζεστε τον βηματοδότη.

Η λειτουργία του βηματοδότη

Ο βηματοδότης μεταβάλλει τον καρδιακό ρυθμό ώστε να ανταποκρίνεται η καρδιά στις ανάγκες του σώματος σε αίμα. Ο βηματοδότης παρέχει βηματοδοτικά σήματα που μοιάζουν πολύ με τα φυσιολογικά σήματα της καρδιάς. Ανάλογα με την κατάσταση του ασθενή ο βηματοδότης μπορεί να αντικαταστήσει τα σήματα του φλεβόκομβου που καθυστερούν ή χάνονται κατά την πορεία του ηλεκτρικού δρόμου μεταξύ κόλπων- κοιλιών. Επίσης μπορεί να βοηθήσει στο χρονικό συντονισμό μεταξύ κόλπων-κοιλιών και να εξασφαλίσει τη σύσπαση των κοιλιών της καρδιάς σε επαρκή συχνότητα.

Το σύστημα του βηματοδότη

Το βηματοδοτικό σύστημα όπως και κάθε βηματοδοτικό σύστημα αποτελείται από δύο μέρη:

Τη **γεννήτρια** η οποία παράγει τα βηματοδοτικά ερεθίσματα και τα **ηλεκτρόδια** που αποδίδουν τα βηματοδοτικά ερεθίσματα στην καρδιά. Τα ίδια επίσης ηλεκτρόδια μπορούν να μεταφέρουν σήματα από την καρδιά στον βηματοδότη. Διαβάζοντας αυτά τα σήματα η γεννήτρια παλμών είναι ικανή να παρακολουθεί την καρδιακή δραστηριότητα και να ανταποκρίνεται ανάλογα.

Οι βηματοδότες λειτουργούν κατ' επίκληση. Αυτό σημαίνει ότι ο βηματοδότης αναμένει το φυσικό ρυθμό στις κοιλίες ή στους κόλπους και όταν πέσει κάτω από τα προκαθορισμένα όρια τότε στέλνει βηματοδοτικούς παλμούς (ερεθίσματα), αρκετά δυνατούς ώστε να εξαναγκάσει την καρδιά να συσπαστεί και να τροφοδοτήσει με αίμα το σώμα.

Οι σημερινοί λοιπόν βηματοδότες χαρακτηρίζονται από την λειτουργία της αίσθησης (αναγνώριση των φυσικών παλμών της καρδιάς), από την λειτουργία της βηματοδότησης (αποστολή ερεθίσματος ικανού να διεγείρει την καρδιά όταν χρειάζεται), και την βηματοδοτική συχνότητα (δηλαδή την συχνότητα των ερεθισμάτων που εκπέμπει ο βηματοδότης). Εάν η συχνότητα της καρδιάς είναι μικρότερη από την βηματοδοτική, ο βηματοδότης το αισθάνεται και δίνει ερεθίσματα σε συχνότητα όσο η βηματοδοτική. Εάν η συχνότητα της καρδιάς είναι μεγαλύτερη από την βηματοδοτική, ο βηματοδότης το αισθάνεται και αναστέλλει την παραγωγή ερεθισμάτων. Μερικές λειτουργίες του βηματοδότη μπορούν να ρυθμιστούν από τον γιατρό εξωτερικά μέσω ειδικών συσκευών που ονομάζονται **προγραμματιστές βηματοδοτών** για να ανταποκρίνεται ο βηματοδότης πλήρως με τις ανάγκες του ασθενούς.

Πως γίνεται η διάγνωση των αρρυθμιών;

Η διάγνωση των αρρυθμιών γίνεται με το απλό ηλεκτροκαρδιογράφημα, την 24ωρη καταγραφή του ηλεκτροκαρδιογραφήματος κατά Holter και τον ηλεκτροφυσιολογικό έλεγχο.

ΦΥΣΗΜΑΤΑ ΚΑΡΔΙΑΣ

Η ένταση του φύσηματος, ο εντοπισμός του, η σχέση του με τη συστολή ή διαστολή της καρδιάς, η ύπαρξη ή όχι άλλων κλινικών σημείων ή συμπτωμάτων, επιτρέπουν στους γιατρούς να αξιολογήσουν κατά πόσο ένα φύσημα είναι αθώο ή σχετίζεται με μια παθολογική κατάσταση της καρδιάς.

Το καρδιακό φύσημα μπορεί να υπάρχει κατά τη συστολή της καρδιάς ή κατά τη διαστολή. Κάποτε το φύσημα μπορεί να είναι συνεχές. Το συνεχές φύσημα σχετίζεται συχνά με καρδιακή πάθηση.

Το συστολικό φύσημα αξιολογείται ανάλογα με την ένταση του. Στο πιο αδύναμο δίνεται ο βαθμός 1/6 ενώ στο πιο έντονο δίνεται ο βαθμός 6/6.

Τα φύσημα της καρδιάς χωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες:

1. Τα πρώτα είναι αυτά που προκαλούνται λόγω κυκλοφορίας του αίματος στα καρδιακά διαμερίσματα, τα αγγεία ή τις βαλβίδες χωρίς όμως να υπάρχει ανατομική ανωμαλία ή δυσλειτουργία των βαλβίδων.

Για το λόγο αυτό τα εν λόγω καρδιακά φύσημα αποκαλούνται λειτουργικά ή αθώα ή ακόμη φυσιολογικά φύσημα

2. Η δεύτερη κατηγορία καρδιακών φυσημάτων είναι αυτά που δημιουργούνται λόγω ανατομικών ανωμαλιών των δομών της καρδιάς, στένωσης βαλβίδων ή βαλβιδικής ανεπάρκειας. Τα φύσημα αυτά είναι οργανικά και σχετίζονται με καρδιακή παθολογία

Τα καρδιακά φύσημα μπορούν επίσης να προκληθούν και από καταστάσεις στις οποίες δεν υπάρχει μια πάθηση στις δομές της καρδιάς. Η αναιμία, η εγκυμοσύνη, ο υπερθυρεοειδισμός, ο πυρετός είναι αιτίες καρδιακού φύσηματος.

Το φύσημα στην καρδιά μπορεί να προκαλείται από ελαττωματικές καρδιακές βαλβίδες. Γίνεται αντιληπτό κατά την εξέταση του ασθενούς με το στηθοσκόπιο.

Στους ενήλικες οι συχνότερες αιτίες καρδιακών φυσημάτων είναι οι παθήσεις των βαλβίδων. Προκαλούνται από μολύνσεις, την αύξηση της ηλικίας και άλλες ασθένειες.

Η στένωση μιας καρδιακής βαλβίδας δημιουργεί το φύσημα κατά τη διέλευση του αίματος. Επίσης φύσημα δημιουργείται όταν η καρδιακή βαλβίδα δεν μπορεί να κλείνει κανονικά.

Η ανεπάρκεια κλεισίματος μιας βαλβίδας προκαλεί αναστροφή αίματος. Το αίμα δηλαδή διαφεύγει προς τα πίσω δια μέσου της ελαττωματικής βαλβίδας η οποία ενώ έπρεπε να παραμένει κλειστή, αντίθετα αφήνει το αίμα να διαφεύγει προς τα πίσω.

ΒΑΛΒΙΔΟΠΑΘΕΙΕΣ

Οι βαλβίδες της καρδιάς είναι τέσσερις: η μιτροειδής, η αορτή, η τριγλώχινα και η πνευμονική. Το μεγαλύτερο βάρος από πλευράς πιέσεων δέχονται οι βαλβίδες που βρίσκονται στο αριστερό μέρος της καρδιάς (μιτροειδής και αορτή) και για το λόγο αυτό οι βαλβίδες αυτές προσβάλλονται από στένωση ή ανεπάρκεια. Όταν η καρδιολογία μιλά για στένωση μιας βαλβίδας, εννοεί ότι η βαλβίδα αυτή δεν μπορεί να ανοίξει πλήρως. Αντιθέτως, όταν μιλά για ανεπάρκεια εννοεί ότι η βαλβίδα δεν μπορεί να κλείσει υδατοστεγώς. Η συχνότητα μιας βαλβιδοπάθειας σε κάθε χώρα εξαρτάται από το οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο των κατοίκων της καθώς και από τη μέση επιβίωση του πληθυσμού της. Ο τρόπος ζωής των κατοίκων τους ευνοεί την αύξηση της στεφανιαίας νόσου και της υπέρτασης, με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι ανεπάρκειες των βαλβίδων, λόγω του αυξημένου ποσοστού εμφραγμάτων του μυοκαρδίου (ανεπάρκεια της μιτροειδούς) ή του αριθμού των υπερτασικών ασθενών (ανεπάρκεια της αορτής).

Η διάγνωση των βαλβιδοπαθειών στηρίζεται στην κλινική εξέταση του αρρώστου από τον γιατρό του και υποβοηθείται από την εργαστηριακή καρδιολογική εξέταση, και κυρίως το υπερηχοκαρδιογράφημα. Η εργαστηριακή μελέτη στοχεύει στην ακριβή εκτίμηση του βαθμού της βλάβης, γιατί από τη βαρύτητα της στένωσης ή της ανεπάρκειας μιας βαλβίδας εξαρτάται η απόφαση για τη χειρουργική επέμβαση, η οποία έχει στόχο να αποκαταστήσει τη βλάβη της βαλβίδας ή το συνηθέστερο, να οδηγήσει σε αντικατάσταση της βαλβίδας από τεχνητή βιολογική ή μεταλλική βαλβίδα. Η εγχείρηση αντικατάστασης μιας βαλβίδας δεν οδηγεί σε πλήρη θεραπεία του ασθενή. Πρόκειται ουσιαστικά για μετατροπή της πορείας της βασικής νόσου. Γι' αυτό και η επέμβαση δεν πρέπει ποτέ να είναι πρόωγη.

Με την εγχείρηση κλείνει το κεφάλαιο της υπάρχουσας βαλβιδοπάθειας και ανοίγει το κεφάλαιο της νέας βαλβίδας και των τυχόν επιπλοκών της. Γι' αυτό και οι ασθενείς χρειάζονται συνεχή παρακολούθηση από τον καρδιολόγο τους και μετά την εγχείρηση.

Καρδιακές παθήσεις Περιφερικού Κυκλοφορικού συστήματος

A. Κιρσοί

Οι κιρσοί είναι διαπλατυσμένες, διογκωμένες, μεγεθυμένες και επιμηκυμένες φλέβες που βρίσκονται κάτω από την επιφάνεια του δέρματος την οποία και υπερψώνουν. Το χρώμα τους μπορεί να είναι σκούρο μπλε, κόκκινο ή βυσσινί και συχνά έχουν ελικοειδές σχήμα.

Υπολογίζεται ότι 50% των ανθρώπων άνω των 50 ετών έχουν κιρσούς. Εμφανίζονται συχνότερα σε γυναίκες από ότι σε άνδρες. Εκτιμάται ότι 40% των γυναικών έχουν κιρσούς κάποιας μορφής.

Η αύξηση της ηλικίας, η εγκυμοσύνη, η παχυσαρκία, η καθιστική ζωή, η υπερβολική ορθοστασία και το οικογενειακό ιστορικό κιρσών είναι παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης κιρσών.

Οι κηροί δημιουργούνται λόγω ανεπάρκειας των βαλβίδων και των τοιχωμάτων των φλεβών. Το αίμα δεν επιστρέφει έτσι κανονικά πίσω προς την καρδιά, δημιουργείται στάση στις φλέβες με αποτέλεσμα αυτές να μεγαλώνουν, να επιμηκύνονται και να διογκώνονται.

Οι κηροί εμφανίζονται συχνότερα στα κάτω μέλη, στους μηρούς, στις κνήμες και στα πόδια. Συνήθως δεν προκαλούν συμπτώματα ή άλλα προβλήματα.

B. Θρομβοφλεβίτιδα

Η θρομβοφλεβίτιδα, όπως φανερώνει το όνομά της, είναι η ανάπτυξη θρόμβου (πήγμα αίματος) και φλεγμονής σε μία οποιαδήποτε φλέβα. Από την εντόπιση του θρόμβου εξαρτάται εάν θα είναι μια ενοχλητική πλην αθώα κατάσταση ή δυνητικά θα απειληθεί η ζωή του παθόντα από μια πνευμονική εμβολή. Θεωρητικά, θρόμβος μπορεί να αναπτυχθεί σε οποιαδήποτε φλέβα. Στην πράξη όμως, η πλειονότητα των περιπτώσεων αφορά τις φλέβες των κάτω άκρων, πολύ λιγότερο των χεριών και σε ένα μικρό ποσοστό φλέβες εντός της κοιλίας.

Ο λόγος είναι απλός: η βαρύτητα. Η αργή κυκλοφορία του αίματος από τα πόδια προς την καρδιά ενάντια στις δυνάμεις της βαρύτητας δημιουργεί ευνοϊκές προϋποθέσεις ανάπτυξης ενός θρόμβου. Πέραν της στάσης του αίματος, η θρομβοφλεβίτιδα μπορεί να οφείλεται στην αυξημένη πηκτικότητα του αίματος και/ή σε τραυματισμό του τοιχώματος μιας φλέβας.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΡΔΙΑΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ

A. Κοπωση

Το καρδιακό σύμπτωμα που αξιολογείται δυσκολότερα είναι η κούραση. Ενώ άλλα συμπτώματα της καρδιοπάθειας συνδέονται με εξωτερικές εκδηλώσεις, η κούραση είναι ολοκληρωτικά υποκειμενική. Μερικές φορές οφείλεται σε καρδιοπάθεια αλλά συνήθως τα αίτιά της είναι εξωκαρδιακά. Σπάνια αποτελεί το πρώτο ή το μοναδικό σύμπτωμα μιας σημαντικής οργανικής καρδιοπάθειας.

Συχνά συνοδεύει βαριά δεξιά καρδιοπάθεια και χαμηλή καρδιακή παροχή. Δύο πρόσθετοι παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση κούρασης είναι η αφυδάτωση εξαιτίας υπερβολικής θεραπείας με διουρητικά και η μείωση του καλίου.

B. ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑ-ΑΙΣΘΗΜΑ ΠΑΛΜΩΝ

Φυσιολογικά, οι παλμοί της καρδιάς δεν γίνονται αντιληπτοί από το άτομο. Με την επίδραση όμως κάποιας συγκινήσεως, σωματικής προσπάθειας ή αρρώστιας οι παλμοί της καρδιάς γίνονται αισθητοί. Το αίσθημα των παλμών μπορεί να είναι και επακόλουθο κάποιας καρδιακής πάθησης. Σε ένα καρδιοπαθή ακόμη και η μέτρια σωματική προσπάθεια προκαλεί έντονο αίσθημα παλμών.

Χαρακτηριστική καρδιακή νόσος στην προκειμένη περίπτωση είναι η παροξυσμική υπερκοιλιακή ταχυκαρδία και κοιλιακή ταχυκαρδία, που εκδηλώνεται με παλμούς ταχείς και ρυθμικούς. Οι παλμοί εμφανίζονται ξαφνικά χωρίς καμιά φαινομενική αιτία και πολλές φορές με τον ίδιο τρόπο εξαφανίζονται.

Παθολογικές καταστάσεις οι οποίες προκαλούν αίσθημα παλμών είναι η στεφανιαία νόσος, οι βαλβιδοπάθειες, οι μυοκαρδιοπάθειες, σε όλες αυτές τις περιπτώσεις οι καρδιακοί παλμοί μπορεί να είναι ρυθμικοί

Σε άλλες παθολογικές καταστάσεις, αντίθετα, οι καρδιακοί παλμοί όχι μόνο γίνονται αισθητοί από το άτομο αλλά παρουσιάζονται επίσης και με τρόπο ακανόνιστο και άρρυθμο. Οι δύο χαρακτηριστικότερες καταστάσεις οι οποίες προκαλούν καρδιακή αρρυθμία είναι οι έκτακτες κολπικές και κοιλιακές συστολές και η κολπική μαρμαρυγή. Οι έκτακτες συστολές αποτελούν τη συχνότερη αιτία του αισθήματος παλμών. Είναι δηλ. συστολές της καρδιάς εκτός του κανονικού ρυθμού και παρουσιάζονται κατά τον εξής τρόπο: το άτομο αισθάνεται ένα ενόχλημα στο στήθος λίγο ή πολύ ισχυρό, που ακολουθείται από περίοδο παύσεως κατά την οποία η καρδιά δεν χτυπά. Ακόμη και αυτό το προσωρινό «σταμάτημα» της καρδιάς είναι δυνατό να γυνή αντιληπτό από το άτομο.

Αμέσως έπειτα η καρδιά ξαναρχίζει τη φυσιολογική της λειτουργία ωστόσο μετά από κάποιο διάστημα έρχεται μια άλλη έκτακτη συστολή. Άλλη χαρακτηριστική κατάσταση στην οποία οφείλονται οι έκτακτες συστολές είναι η μαρμαρυγή των κόλπων, που αποτελεί συχνά επακόλουθο κάποιας καρδιακής νόσου. Η μαρμαρυγή των κόλπων χαρακτηρίζεται από πολλές ακανόνιστες συστολές των κόλπων. Οι συστολές αυτές μεταβιβάζονται και στις κοιλίες, με αποτέλεσμα την άρρυθμη και ακανόνιστη συστολή αυτών και κατά συνέπεια όλης της καρδιάς. Ο σφυγμός του ατόμου που πάσχει από μαρμαρυγή είναι τελείως. Ο χτύπος της καρδιάς κατά τη μαρμαρυγή γίνεται συχνά αισθητός με τη μορφή αισθήματος παλμών.

Η διάγνωση της υποκείμενης αρρυθμίας στην οποία οφείλεται το αίσθημα παλμών γίνεται με το ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ). Αν κατά την στιγμή που γίνεται το ΗΚΓ δεν υπάρχει αρρυθμία τοποθετείται στον άρρωστο η συσκευή καταγραφής του ΗΚΓ για 24 ώρες.

Αλγόριθμος διαχείρισης αισθήματος παλμών

Ορισμός

- Η συνειδητοποίηση ότι η καρδιά κτύπησε ή φτερούγισε

Συμπτώματα

- Αίσθηση σφυροκοπήματος ή κυματισμού στο στήθος
- Η αίσθηση πηδήματος ή κενού
- Αίσθηση ότι η καρδιά σταματά ή πηδά

Συμπτώματα υποδηλωτικά σοβαρής κατάστασης

- Συγκοπή
- Θωρακικός πόνος ή δύσπνοια

Διαφορική διάγνωση

- Μεμονωμένοι κτύποι που εξαφανίζονται με την άσκηση
 - Πρόωρη υπερκοιλιακή συστολή
 - Πρόωρη κοιλιακή συστολή
- Αργή καρδιακή συχνότητα με κτύπους
 - Κολποκοιλιακός αποκλεισμός
 - Σύνδρομο νοσούντος φλεβόκομβου
- Γρήγορη καρδιακή συχνότητα με κτύπους
 - Υπερκοιλιακή ταχυκαρδία
 - Κοιλιακή ταχυκαρδία
 - Κολπική μαρμαρυγή
- Παλμοί υποτροπιάζοντες σε ανάπαυση
 - Αναιμία (χειρότερα με την άσκηση)
 - Υπερθυρεοειδισμός
 - Υπέρταση
 - Πυρετός
 - Αφυδάτωση
 - Άγχος
 - Καρδιακή πάθηση

Εργαστηριακές εξετάσεις

- Ορμόνες θυρεοειδούς
- Αιμοσφαιρίνη

Πρόσθετες εξετάσεις

- Κάλιο
- Ασβέστιο
- Μαγνήσιο
- Σάκχαρο

- Επίπεδα Digoxin

Πρόσθετες εξετάσεις όταν υπάρχουν ενδείξεις

- Ηλεκτροκαρδιογράφημα
- Ηλεκτροκαρδιογράφημα 24ωρου κατά Holter
- Ηχοκαρδιογράφημα
- Ηλεκτροφυσιολογική μελέτη εάν συνοδεύονται από συγκοπή

γ. Αρτηριακή πίεση

Η αρτηριακή πίεση συσχετίζεται με την καρδιακή ανεπάρκεια

Υψηλή πίεση δεν σημαίνει απαραίτητα και υπέρταση

Η διάγνωση της υπέρτασης γίνεται όταν, ύστερα από διαδοχικές μετρήσεις, διαπιστώνονται η άνοδος και η παραμονή των τιμών της πίεσης πάνω από τα φυσιολογικά όρια. Γι' αυτό, αν μία μεμονωμένη μέτρηση δείξει ότι η πίεση είναι ανεβασμένη, αυτό δεν σημαίνει ότι ο ασθενής πάσχει από υπέρταση. Χρειάζεται μια συστηματική παρακολούθηση της πίεσης για ένα μήνα περίπου, την ίδια ώρα, έτσι ώστε ο γιατρός να βγάλει διάγνωση για αρτηριακή υπέρταση. Φυσικά αυτό δεν σημαίνει εξάρτηση από το πιεσόμετρο, γιατί η μέτρηση της πίεσης πολλές φορές κατά τη διάρκεια της ημέρας οδηγεί στην αύξησή της. Οι υπερτασικοί ασθενείς παραπονιούνται συνήθως για πονοκεφάλους, εξάψεις, ζάλη και δύσπνοια είναι δυνατόν όμως να μην εκδηλώσουν κάποιο σύμπτωμα. Τις περισσότερες φορές, μάλιστα, ο υπερτασικός ασθενής ανακαλύπτει το πρόβλημα τυχαία.

δ. Πόνος στο στήθος



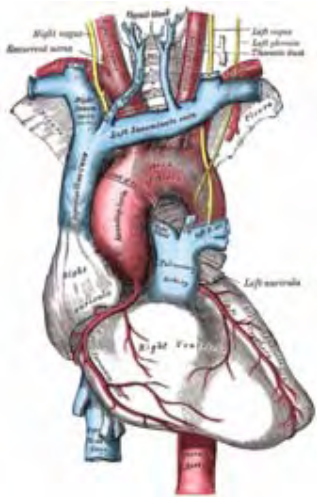
Ο πόνος στο στήθος εμφανίζεται σε πολλές καρδιοπάθειες αλλά και σε εξωκαρδιακά νοσήματα. Μερικές φορές η σωστή ερμηνεία του είναι αρκετά δύσκολη έως σχεδόν αδύνατη.

Ισχαιμικός καρδιακός πόνος (Στηθάγχη)

Ο κλασικός ισχαιμικός πόνος της στηθάγχης μπορεί είτε να είναι τόσο φανερός που να μην έχει κανείς την παραμικρή δυσκολία να τον αναγνωρίσει και να φθάσει εύκολα στη σωστή διάγνωση ή να είναι τόσο άτυπος που ακόμα και μετά από προσεκτική διερεύνηση να παραμένει σημαντική αμφιβολία για τη φύση του.

Η βασική αιτία του ισχαιμικού πόνου είναι οι στενώσεις των στεφανιαίων αρτηριών, που μπορούν να οδηγήσουν μέχρι έμφραγμα μυοκαρδίου.

Αιτίες εμφράγματος μυοκαρδίου



Η καρδιά

Η κύρια αιτία του εμφράγματος του μυοκαρδίου είναι η απόφραξη της [αρτηρίας](#) που τροφοδοτεί με αίμα την καρδιά. Όταν συμβεί ξαφνική απόφραξη μίας από τις [στεφανιαίες αρτηρίες](#), τα [κύτταρα](#) των [μυών](#) της καρδιάς δεν είναι πλέον σε θέση να λάβουν επαρκή ποσότητα [οξυγόνου](#). Επειδή δεν μπορούν να λειτουργήσουν, η καθυστερημένη αποκατάσταση της παροχής αίματος θα τα θανατώσει. Τα μυϊκά κύτταρα της καρδιάς είναι εξαιρετικά ευαίσθητα στην έλλειψη οξυγόνου. Ο βαθμός της βλάβης που προκαλείται σε αυτή την περίπτωση εξαρτάται από το μέγεθος της αρτηρίας που υφίσταται την απόφραξη.

Συνήθως η *απόφραξη αρτηρίας* προκαλείται από έναν [θρόμβο](#) αίματος. Θρόμβος είναι το πηγμένο αίμα που φράζει τον αυλό της αρτηρίας και διακόπτει έτσι την ροή του αίματος. Οι θρόμβοι σχηματίζονται μέσα στις στεφανιαίες αρτηρίες λόγω ρήξης ενός σχηματισμού που ονομάζεται [αθηρωματική πλάκα](#). Η αθηρωματική πλάκα δημιουργείται από τη σταδιακή συσσώρευση [λιπιδίων](#) τα οποία επικάθονται στα τοιχώματα της αρτηρίας. Η δημιουργία της πλάκας — μια διεργασία που διαρκεί χρόνια και ονομάζεται [αθηροσκλήρυνση](#)— στενεύει προοδευτικά την αρτηρία. Όταν ραγεί αυτή η πλάκα, σχηματίζεται θρόμβος αίματος πάνω από τη ρήξη, ο οποίος μπορεί να προκαλέσει απόφραξη ολόκληρης της αρτηρίας. Η διαδικασία σχηματισμού του θρόμβου πάνω στην πλάκα ονομάζεται [αθηροθρόμβωση](#).

Έτσι, η *αθηροσκλήρυνση* προκαλεί προοδευτική στένωση των αρτηριών, όπου η πλάκα επικάθεται στο αρτηριακό τοίχωμα, ενώ η *αθηροθρόμβωση* συμβαίνει όταν ραγεί η πλάκα και σχηματιστούν θρόμβοι αίματος, οι οποίοι προκαλούν αιφνίδια απόφραξη μιας αρτηρίας η οποία, με τη σειρά της, προκαλεί το έμφραγμα του μυοκαρδίου. Να σημειωθεί ότι η ρήξη της αθηρωματικής πλάκας μπορεί να συμβεί ξαφνικά και χωρίς προειδοποίηση, ακόμη και αν η στένωση της αρτηρίας δεν είναι μεγάλη.

Σε σπάνιες περιπτώσεις, η απόφραξη μπορεί να προκληθεί και από άλλες αιτίες όπως η [φλεγμονή](#), ο αυτόματος διαχωρισμός -σχίσσιμο- του αγγείου, από εμβολή μεταναστευτικού θρόμβου ή από [μυϊκό σπασμό](#) στην αρτηρία.

Ενδείξεις ενός εμφράγματος του μυοκαρδίου

Οι ενδείξεις που φανερώνουν ότι η παροχή αίματος προς την καρδιά έχει διαταραχτεί προσωρινά προηγούνται συχνά ενός εμφράγματος του μυοκαρδίου. Οι ενδείξεις αυτές διαρκούν κατά κανόνα μόνο μερικά λεπτά της ώρας. Σε πολλές όμως περιπτώσεις τα συμπτώματα είναι αιφνίδια, χωρίς προκαταρκτικά ενοχλήματα. Κάποιες τέτοιες ενδείξεις είναι οι εξής:

- Αίσθηση πίεσης ή σφιξίματος στο στήθος
- Πόνοι στο στήθος, οι οποίοι μπορεί να διαχέονται στον ώμο, το χέρι, το λαιμό, ή και το σαγόνι. Η ένταση του πόνου διαφέρει από άνθρωπο σε άνθρωπο σε σημείο που μπορεί να κυμαίνεται από ένα απλό συνεχές βάρος έως και να απουσιάζει ολοκληρωτικά (ειδικώς στους χρόνια [διαβητικούς](#) ασθενείς)
- Ξαφνικός πόνος στην άνω κοιλιακή χώρα με συνοδούς [εμέτους](#) πολλές φορές
- [Εφίδρωση](#)
- Δυσχέρεια στην [αναπνοή](#)
- Ακανόνιστος χτύπος καρδιάς ([αρρυθμία](#)) που συμβαίνει για πρώτη φορά

Αρχικά τα συμπτώματα εμφανίζονται κατά την σωματική κόπωση ή ψυχική υπερένταση, ενώ αργότερα εμφανίζονται και κατά την ξεκούραση.

Στηθάγχη προσπάθειας

Η προσφορά οξυγόνου ή αίματος στην στεφανιαία κυκλοφορία είναι ανάλογη της ζήτησης και επομένως ανάλογη με το καρδιακό έργο. Σε φυσιολογικές συνθήκες μεταξύ προσφοράς και ζήτησης υπάρχει μια ισορροπία. Όταν η προσφορά οξυγόνου ή αίματος στην στεφανιαία κυκλοφορία είναι μικρότερη από την ζήτηση προκαλείται ισχαιμία. Το ερέθισμα αυτής της ισχαιμίας μεταφέρεται με το συμπαθητικό νευρικό σύστημα και γίνεται αντιληπτό σαν στηθάγχη.

Οι κύριοι χαρακτήρες της στηθάγχης είναι:

Εντόπιση

Χαρακτηριστικά η στηθάγχη εντοπίζεται οπισθοστερνικά. Η μέγιστη ένταση της στηθάγχης μπορεί να ποικίλλει στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα, η αλγινή περιοχή όμως σχεδόν πάντα περιλαμβάνει το στέρνο. Σπάνια εμφανίζονται έκτοπες εντοπίσεις (επιγάστριο και αριστερή υποκλείδια χώρα). Πρέπει να σημειωθεί ότι ενώ η εντόπιση μπορεί να ποικίλλει από άρρωστο σε άρρωστο στον καθένα είναι πολύ σταθερή. Συχνά η στηθάγχη έχει αντανάκλασεις έξω από το πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα. Συνηθισμένες αντανάκλασεις του πόνου είναι προς το αριστερό άνω άκρο (ωλένιο χείλος), στο δεξιό άνω άκρο, στη ράχη, τον τράχηλο, την κάτω σιαγόνα κ.λπ.

Σχέση με την προσπάθεια

Για να εμφανισθεί στηθάγχη πρέπει να διαταραχθεί η ισορροπία προσφοράς και ζήτησης οξυγόνου στην στεφανιαία κυκλοφορία. Αυτό μπορεί να γίνει με δύο τρόπους:

Αύξηση ζήτησης οξυγόνου, σε στένωση των στεφανιαίων αρτηριών όταν υπάρχει αυξημένη ζήτηση οξυγόνου (κόπωση - υπερένταση) αυτή δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί λόγω της υπάρχουσας στένωσης. Τότε εμφανίζεται στηθάγχη που ονομάζεται σταθερή. Η σταθερή στηθάγχη εμφανίζεται στην κόπωση και όχι μετά από αυτή.

Μείωση της προσφοράς οξυγόνου, μπορεί να προκληθεί από σπασμο ή απότομη στένωση μιας στεφανιαίας αρτηρίας που μπορεί να έχει κάποια στένωση αλλά μπορεί να είναι και φυσιολογική. Η στηθάγχη που εμφανίζεται σε αυτήν την περίπτωση ονομάζεται ασταθής.

Ποιότητα

Η στηθάγχη είναι ένα συσφικτικό, πειστικό αίσθημα που οι μισοί μόνο ασθενείς το χαρακτηρίζουν σαν πόνο ενώ οι υπόλοιποι μιλούν για δυσφορία, σφίξιμο, πίεση, κάψιμο, δύσπνοια κ.τ.λ.. Συχνά ο άρρωστος αδυνατεί να περιγράψει με λόγια το είδος του πόνου και φέρνει την σφιγμένη γροθιά του μπροστά από το στέρνο, υποδηλώνοντας έτσι τον συσφικτικό χαρακτήρα του συμπτώματός του.

Διάρκεια

Η εμφάνιση σταθερής στηθάγχης αναγκάζει τον άρρωστο να σταματήσει την προσπάθεια και το ενόχλημα υποχωρεί σε λίγα λεπτά (3-5 min). Όταν εμφανίζεται



ασταθής στηθάγχη, ο σπασμός των στεφανιαίων αρτηριών, που είναι η πιο συνηθισμένη αιτία, παρέρχεται αυτόματα ή με την χορήγηση νιτροδών πάλι σε λίγα λεπτά. Σε παρατεταμένο σπασμό (πάνω από μισή ώρα) και σε θρόμβωση επισυμβαίνει νέκρωση μυοκαρδίου. Χαρακτηριστικά ο παροξυσμός της στηθάγχης διαρκεί λίγα μόνο λεπτά.

Πόνος στο έμφραγμα του μυοκαρδίου

Ο πόνος του εμφράγματος του μυοκαρδίου μοιάζει στα χαρακτηριστικά και στην κατανομή με εκείνο της στηθάγχης προσπάθειας, αλλά είναι δυνατότερος και μεγαλύτερης διάρκειας (πάνω συνήθως από 20 λεπτά). Συνοδεύεται από αδυναμία, εφίδρωση, δύσπνοια, ναυτία, εμετό. Ο στηθαγγικός πόνος μπορεί να διαρκεί από λίγα λεπτά έως ώρες. Σε τέτοια συμπτώματα είναι απαραίτητη η ταχεία μεταφορά του ασθενή σε νοσοκομείο.

Ισχαιμία χωρίς πόνο

Συχνά είναι δυνατό να εκδηλωθεί ισχαιμία στο ηλεκτροκαρδιογράφημα χωρίς πόνο: Σε διαβητικούς ασθενείς με διαταραχή του αυτόνομου νευρικού συστήματος, μπορεί να μην υπάρχει πόνος ακόμα κι αν η ισχαιμία είναι βαριά.

Άλλες αιτίες θωρακικού πόνου

Παρόμοιος πόνος με του εμφράγματος του μυοκαρδίου παρατηρείται επίσης και σε άλλες οξείες ενδοθωρακικές διαταραχές.

Ανευρύσματα της αορτής

Συνήθως σε άνδρες πάνω από 40 ετών με ιστορικό υπέρτασης από χρόνια ή νεώτεροι με σύνδρομο Marfan. Απότομη έναρξη του πόνου που μοιάζει με «σχίσσιμο». Συχνά αρχίζει από την πλάτη ή ακτινοβολεί προς αυτή.

Το διαχωριστικό ανεύρυσμα προκαλεί οξύ πόνο, δραματικό σε ένταση, που εντοπίζεται στο προκάρδιο και μπορεί να αντανάκλα προς την γνάθο ή να επεκτείνεται βαθμιαία προς την κοιλιά και τα κάτω άκρα ανάλογα με την έκταση του διαχωρισμού.

Συνυπάρχουν συνήθως και άλλα ευρήματα που χαρακτηρίζουν εσωτερική αιμορραγία (ωχρότητα, ταχυκαρδία, πτώση της προηγούμενης υψηλής πίεσης).

Συχνά η όλη εικόνα μοιάζει με αυτή του οξέος εμφράγματος μυοκαρδίου με το οποίο πρέπει να γίνει διαφορική διάγνωση.

Ωστόσο, το διαχωριστικό ανεύρυσμα μπορεί να συνοδεύεται από συγκεκριμένα ευρήματα ανάλογα με την εντόπισή του. Παρατηρείται κατάργηση της ροής των αρτηριών που εκφύονται από το επίπεδο της διαχώρισης και περιφερικότερα. Μπορεί να συνυπάρχει ένα πρόωμο διαστολικό φύσημα οξείας ανεπάρκειας αορτικής

βαλβίδας.

Κοιλιακός Πόνος

Ο κοιλιακός πόνος παρατηρείται μερικές φορές σε καρδιοπαθείς, ιδιαίτερα με οξεία, βαριά δεξιά ανεπάρκεια. Σαν αιτιολογικός μηχανισμός θεωρείται συνήθως η διόγκωση του ήπατος. Ο κοιλιακός πόνος παρατηρείται επίσης στη στηθάγχη και το έμφραγμα του μυοκαρδίου αλλά σ' αυτές τις νόσους δεν εντοπίζεται μόνο στην κοιλιακή χώρα.

Οποιαδήποτε πάθηση των σπλάγχων του επιγαστρίου μπορεί να προκαλέσει πόνο στο στήθος, που είναι δυνατό να εκληφθεί σαν καρδιακός πόνος.

Η ΚΑΡΔΙΑ ΚΑΙ ΤΑ ΓΕΙΤΟΝΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

(ΘΥΡΕΟΕΙΔΗΣ)

Ο θυροειδής αδένας είναι ένας από τους πιο σημαντικούς αδένες του ενδοκρινικού μας συστήματος. Κάποιο πρόβλημα στον αδένα αυτό μπορεί να είναι η αιτία πολλών άλλων προβλημάτων στη υγεία μας, όπως και της καρδιάς

Ο θυροειδής αδένας βρίσκεται στο λαιμό μας ακριβώς μπροστά από τους χόνδρους του λάρυγγα και αποτελείται από δύο λοβούς ήτοι τον αριστερό και το δεξί που ενώνονται μεταξύ τους με τον ισθμό



1) ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ο **θυροειδής** αδένας παράγει δύο ορμόνες: την θυροξίνη (**T3**) και την τριιωδοθυρονίνη (**T4**), που οι δράσεις τους αφορούν και το καρδιαγγειακό σύστημα.

Μια άλλη ορμόνη (η **TSH**), που δεν παράγεται από τον θυροειδή αλλά από έναν άλλο αδένα (την υπόφυση), έχει στενή σχέση με τη λειτουργία του θυροειδή. Αυτό συμβαίνει γιατί η TSH είναι η ορμόνη που δίνει την εντολή στο θυροειδή να παράγει θυροειδικές ορμόνες (T3, T4). Αντίστροφα η αυξημένη ποσότητα των θυροειδικών ορμονών δίνει εντολή στην υπόφυση να ελαττώσει την παραγωγή της TSH και έτσι γίνεται η ρύθμιση της παραγωγής των θυροειδικών ορμονών.

Όταν υπάρχει αυξημένη παραγωγή θυροειδικών ορμονών έχουμε **υπερθυροειδισμό**, ενώ στην αντίθετη κατάσταση με ελαττωμένη παραγωγή ορμονών υπάρχει **υποθυροειδισμός**.

Οι ορμόνες του θυρεοειδούς αδένου ρυθμίζουν την ταχύτητα με την οποία ο οργανισμός διεκπεραιώνει τις χημικές λειτουργίες, δηλαδή το μεταβολικό ρυθμό. Επιδρούν σε όλα τα όργανα και ιστούς βοηθώντας ουσιαστικά στη σύνθεση των πρωτεϊνών. Επίσης αυξάνουν την ποσότητα οξυγόνου που χρησιμοποιούν τα κύτταρα.

ΥΠΟΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΣ

Ο υποθυρεοειδισμός χαρακτηρίζεται από ελαττωμένη έκκριση θυρεοειδικών ορμονών με πιο συχνή αιτία την χρόνια αυτοάνοσο θυρεοειδίτιδα (Hashimoto), ενώ άλλες πιο συχνές αιτίες είναι η ολική θυρεοειδεκτομή, η καταστροφή του αδένου μετά από ιώδιο, εξωτερική ακτινοβολία, η παρουσία όγκου (λέμφωμα) και φάρμακα όπως το λίθιο και η ιντερφερόνη. Δευτεροπαθής υποθυρεοειδισμός μπορεί να προκληθεί από βλάβες του υποθαλάμου και της υπόφυσης.

Συμπτώματα

Τα συμπτώματα του υποθυρεοειδισμού εγκαθίστανται σταδιακά και οφείλονται σε μια γενική επιβράδυνση των μεταβολικών λειτουργιών του οργανισμού

- Κόπωση
- Αύξηση βάρους από κατακράτηση υγρών
- Ξηρό δέρμα και δυσανεξία στο κρύο
- Κίτρινο δέρμα
- Τραχύτητα ή απώλεια της τρίχας
- Βραχνάδα
- Βρογχοκήλη
- Ελάττωση των αντανεκλαστικών
- Αταξία
- Δυσκοιλιότητα
- Αδυναμία συγκέντρωσης
- Πνευματική και νοητική καθυστέρηση
- Κατάθλιψη
- Διαταραχές του κύκλου, υπογονιμότητα
- Μυαλγίες
- Υπερλιπιδαιμία
- Βραδυκαρδία και υποθερμία
- **Μυξοίδημα από διήθηση των ιστών από υγρά (Π.Χ ΚΑΡΔΙΑ)**

εξετάσεις

- TSH
- Θυρεοειδικά αυτοαντισώματα- αντιθυρεοειδική περοξειδάση και αντιθυρεοσφαιρινικά αυτοαντισώματα

Στο 95% των περιπτώσεων της νόσου του Hashimoto υπάρχουν θυρεοειδικά αυτοαντισώματα, ενώ όζοι δεν είναι σπάνιοι με ένα 5% πιθανότητα για καρκίνο. Η γρήγορη αύξηση του αδένου σημαίνει μάλλον λέμφωμα.

Η θεραπεία συνίσταται σε θεραπεία υποκατάστασης με λεβοθυροξίνη σε δόση που πρέπει να εξατομικεύεται.

Υποθυρεοειδισμός και καρδιά

Το μυξοίδημα προκαλεί άθροιση περικαρδιακού υγρού.

Επίσης με αύξηση της χοληστερόλης προκαλεί στεφανιαία νόσο που παραμένει συχνά ασυμπτωματική, μέχρις ότου αυξηθούν οι ανάγκες με την αποκατάσταση του ευθυρεοειδισμού.

Στο ηλεκτροκαρδιογράφημα μπορεί να υπάρχουν μεταβολές που θυμίζουν χρόνια περικαρδίτιδα, ελαφρά παράταση του PQ αλλά και του QT, ταπεινά επάρματα ORS και χαμηλά T.

Η χορήγηση φυσιολογικών δόσεων θυροξίνης σε μυξοίδημα μπορεί να έχει βαριές συνέπειες στην καρδιά. Αυξάνει τις ανάγκες σε οξυγόνο και την ευαισθησία στην διέγερση του συμπαθητικού (αυξάνει το έργο που απαιτείται από την καρδιά ενώ προκαλείται ταχυκαρδία και αρρυθμία).

.

ΥΠΕΡΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΣ

Αυξάνει τις ανάγκες σε οξυγόνο και την ευαισθησία στην διέγερση του συμπαθητικού (αυξάνει το έργο που απαιτείται από την καρδιά ενώ προκαλείται ταχυκαρδία και αρρυθμία).

Πρέπει να αναζητείται σε κάθε περίπτωση ανεξήγητης φλεβοκομβικής ταχυκαρδίας ή κολπικής μαρμαρυγής ή σε καρδιακή ανεπάρκεια που είναι ανεξήγητη ή συνοδεύεται από ταχεία κυκλοφορία ή δεν ανταποκρίνεται στην θεραπεία.

Στον υπερθυρεοειδισμό ο θυρεοειδής αδένας είναι υπερβολικά δραστήριος και παράγει περισσότερες θυρεοειδείς ορμόνες από ότι χρειάζεται ο οργανισμός.

Οι γυναίκες προσβάλλονται μέχρι 6 φορές συχνότερα από ότι οι άνδρες. Η πάθηση εκδηλώνεται σπανιότερα στους ηλικιωμένους παρά στους νέους. Συμβαίνει πιο συχνά στις ηλικίες μεταξύ 20 και 40 ετών.

Περισσότερο από 70% των περιπτώσεων υπερθυρεοειδισμού οφείλονται στην ασθένεια Graves (διάχυτη τοξική βρογχοκήλη). Η ασθένεια αυτή προκύπτει λόγω του ότι το σύστημα άμυνας του οργανισμού, το ανοσοποιητικό σύστημα, εξαιτίας παθολογικής διαταραχής, επιτίθεται με αντισώματα εναντίον του θυρεοειδούς αδένου (αυτοάνοσος νόσος).

Τα παθολογικά αντισώματα κάνουν το θυρεοειδή αδένου στα άτομα με ασθένεια Graves, να παράγει περισσότερη θυροξίνη (T4) ή και τριωδοθυρονίνη (T3) που είναι οι ορμόνες που συνθέτει και αποθηκεύει ο αδένου.

Η υπερλειτουργία του θυρεοειδούς αδένου, εκτός από την ασθένεια Graves, μπορεί επίσης να προκληθεί και από άλλες παθολογικές καταστάσεις όπως οι ακόλουθες:

- Η υποξεία θυρεοειδίτιδα (φλεγμονή του θυρεοειδούς αδένου)
- Η τοξική πολυοζώδης βρογχοκήλη
- Τοξικό αδένωμα
- Υπερβολική έκθεση στο ιώδιο
- Φαρμακευτικός υπερθυρεοειδισμός (λόγω χορήγησης υπερβολικών δόσεων θυροξίνης ή τριιωδοθυρονίνης)
- Θυρεοειδίτιδα που συμβαίνει μετά από τη γέννα

Τα συχνότερα συμπτώματα του υπερθυρεοειδισμού περιλαμβάνουν:

- Απώλεια βάρους που δεν εξηγείται λόγω περισσότερης σωματικής άσκησης ή λιγότερο φαγητό
- **Ταχυπαλμία (αίσθημα προκάρδιων παλμών με ταχυκαρδία) και άλλες ανωμαλίες του καρδιακού ρυθμού**
- Ίδρώτες και μείωση αντοχής της ζέστης (δυσανεξία στη ζέστη, εξάψεις)
- Νευρικότητα
- Μυϊκή αδυναμία, κούραση, εύκολη κόπωση
- Τρέμουλο
- Εξώφθαλμος (τα μάτια βγαίνουν προς τα έξω, προεξέχουν). Το κάπνισμα αυξάνει κατά πολύ τον κίνδυνο πιο σοβαρών προβλημάτων σε ασθενείς που πάσχουν από την ασθένεια Graves
- Διόγκωση του θυρεοειδούς αδένου, βρογχοκήλη

Η ταχύτερη διάγνωση επιτρέπει έγκαιρη αντιμετώπιση και καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα.

Τα συμπτώματα μπορεί να είναι σοβαρότερα ή πιο ήπια. Σε ηλικιωμένους τα συμπτώματα του υπερθυρεοειδισμού, δυνατόν ακόμη και να μην υπάρχουν.

Η διάγνωση βασίζεται στο ιατρικό ιστορικό, στην κλινική εξέταση και σε απλές συμπληρωματικές εξετάσεις όπως η μέτρηση των ορμονών.

Οι ορμόνες του θυρεοειδούς (T4, T3) βρίσκονται σε ψηλά επίπεδα ενώ η ορμόνη TSH (θυρεοειδοτρόπος ορμόνη, θυρεοτροπίνη) που εκκρίνεται από την υπόφυση του εγκεφάλου και ρυθμίζει την παραγωγή ορμονών από το θυρεοειδή αδένου, βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα.

ΑΡΧΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πρόληψη σώζει ζωές και ειδικότερα την κάρδια μας,αφού τα καρδιαγγειακά νοσήματα ευθύνονται για το 50% των θανάτων στη χώρα μας.Η έννοια της καρδιακής πρόληψης δεν έχει μπει στην συνείδηση των περισσότερων αφού οι περισσότεροι ασθενείς επισκέπτονται τον καρδιολόγο αφού ανακαλύψουν κάποιο σύμπτωμα ή νοιώσουν κάποιο έντονο καρδιακό πόνο.Έτσι λοιπόν η πρωτογενής πρόληψη της καρδιάς που αφορά την αποφυγή κινδύνων και την καταπολέμηση αυτών συχνά παραγκωνίζεται και σπάνια εφαρμόζεται.

ΣΚΟΠΟΣ

Με την επιδημιολογική μελέτη που παρουσιάζουμε, σκοπός μας είναι να δείξουμε σε ένα δείγμα πληθυσμού (αντρών-γυναικών) κατά πόσο έχουν τύχει προληπτικής ενημέρωσης για τα καρδιαγγειακά νοσήματα και έχουν ακολουθήσει πιστά τις συμβουλές του θεράποντα ιατρού, όχι μόνο όσων νοσούν, για θεραπεία και επανεξέταση και πρόληψή.Επισης θα αναφέρουμε πόσο επηρεάζεται η καρδιά από το γειτονικά όργανα και ειδικότερα από τον θυρεοειδή.

Στόχος μας είναι να δείξουμε τον κίνδυνο που διατρέχει η καρδιά μας εξαιτίας των μη υγιών στάσεων και συμπεριφορών.Με την ευαισθητοποίηση του κοινού και την παροχή αναγκαίων πληροφοριών επιτυγχάνεται η έγκαιρη διάγνωση της καρδιακής νόσου και η καλύτερη αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων της.

ΜΕΛΕΤΗ

Προοπτική Επιδημιολογική μελέτη σύγχρονου τύπου(cross-sectional) η οποία ανήκει στην μελέτη παρατήρησης.

Συλλογή στοιχείων

Η συλλογή στοιχείων έγινε από τυχαία παρατήρηση πληθυσμού μίας εβδομάδας κατά την έλευση τους σε ενδοκρινολογικό ιατρείο το έτος 2010.Αφορά 504 άτομα άντρες-γυναίκες ηλικιας από 30 και πάνω που όλοι είχαν θυρεοειδικό πρόβλημα και διαμένουν στη Λάρισα.Στο πληθυσμό μοιράστηκε ερωτηματολόγιο και με βάση τις απαντήσεις δημιουργήθηκαν οι στατιστικοί πίνακες από τους οποίους βγήκαν τα ανάλογα συμπεράσματα.

Το ερωτηματολόγιο περιείχε δημογραφικές ερωτήσεις και ερωτήσεις σχετικά με την πρόληψη κατα των καρδιαγγειακών νοσημάτων και του θυρεοειδή σαν όργανο που επηρεάζει την λειτουργία της καρδιάς.Τα εκατοστιαία ποσοστά των πινάκων βγήκαν από το πρόγραμμα EXCEL ΚΑΙ SPSS.

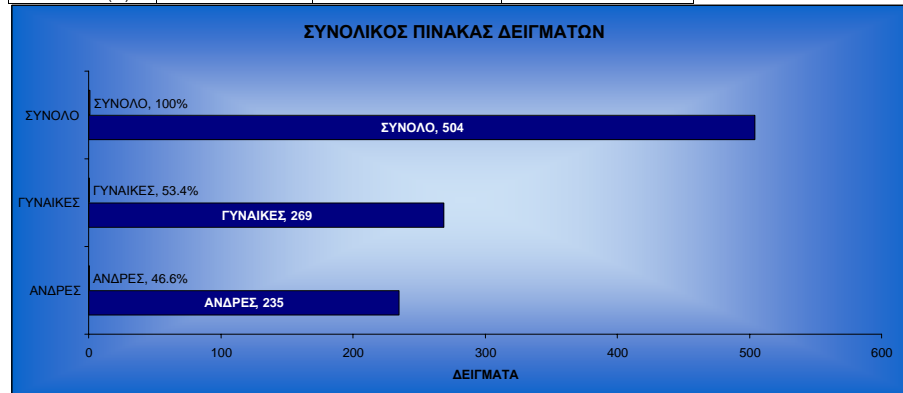
ΔΙΑΤΥΠΩΣΗ ΚΑΙ ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΟΡΙΩΝ ΤΟΥ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

- 📌 Τελευταία καρδιολογική εξέταση,ηταν προληπτική συμβουλευτική επίσκεψη ή επισκεψη εξαιτίας απλών η εντόνων ενοχλημάτων ;
- 📌 Έχετε κάνει καρδιολογικές εξετάσεις τον τελευταίο χρόνο;
- 📌 Υπάρχουν Καρδιολογικά προβλήματα;
- 📌 Υπήρξε θεραπεία απο καρδιολόγο και χρήση φαρμάκων;Ακολουθήθηκε σωστα η αγωγή και επανεξέταση στο Ιατρείο;

- ✚ Ο Καρδιολόγος σας έχει παραπέμψει για ενδοκρινολογικό έλεγχο(με την σκέψη ότι ο Θυροειδής μπορεί να ευθύνεται για τις καρδιακές δυσλειτουργίες);
- ✚ Παθήσεις Θυροειδούς και ποσοστό
- ✚ Σας έχει παραπέμψει ο ενδοκρινολόγος γιατρός για καρδιακό έλεγχο λόγω ευρημάτων;
- ✚ Ευρήματα που απαιτούσαν περαιτέρω αξιολόγηση από ειδικό καρδιολόγο.
- ✚ Υπήρξε θεραπεία από ενδοκρινολόγο και χρήση φαρμάκων; Ακολουθήθηκε σωστά η αγωγή και επανεξέταση στο Ιατρείο.
- ✚ Μετρήσεις αίματος Θυροειδή.
- ✚ Πως επηρεάζεται η καρδιά από θυροειδική λειτουργία;

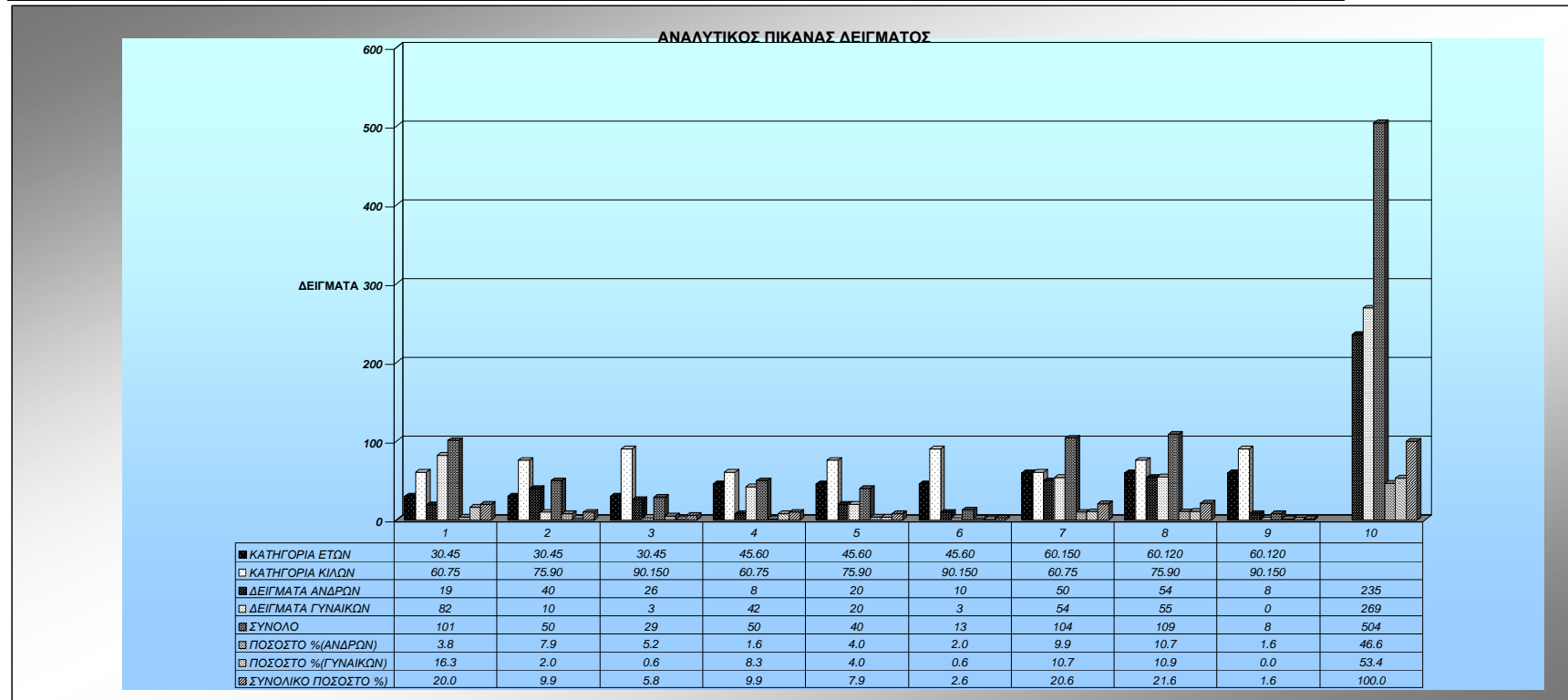
ΠΙΝΑΚΑΣ 1

	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ	235	269	504
ΠΟΣΟΣΤΟ(%)	46.6%	53.4%	100%



ΠΙΝΑΚΑΣ 2

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΤΩΝ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΚΙΛΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
30.45	60.75	19	82	101	3.8	16.3	20.0
30.45	75.90	40	10	50	7.9	2.0	9.9
30.45	90.150	26	3	29	5.2	0.6	5.8
45.60	60.75	8	42	50	1.6	8.3	9.9
45.60	75.90	20	20	40	4.0	4.0	7.9
45.60	90.150	10	3	13	2.0	0.6	2.6
60.150	60.75	50	54	104	9.9	10.7	20.6
60.120	75.90	54	55	109	10.7	10.9	21.6
60.120	90.150	8	0	8	1.6	0.0	1.6
		235	269	504	46.6	53.4	100.0

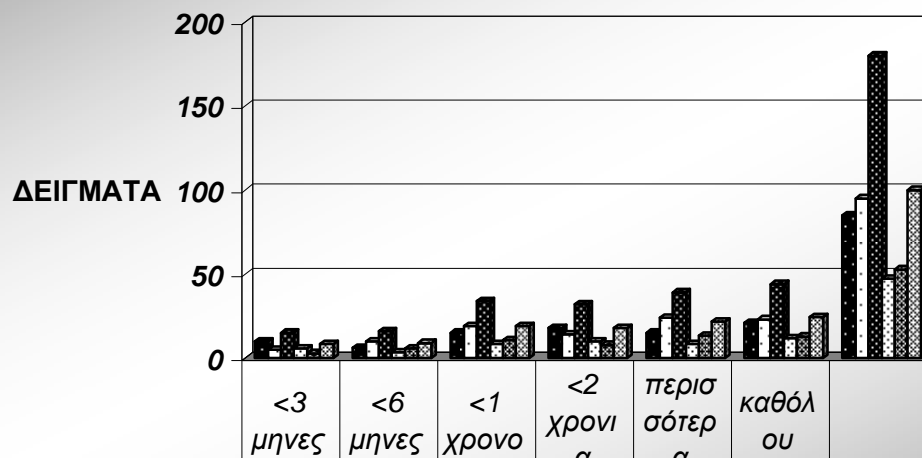


ΠΙΝΑΚΑΣ 3α

30-45

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %
<3 μηνες	10	5	15	5.6	2.8	8.3
<6 μηνες	6	10	16	3.3	5.6	8.9
<1 χρόνο	15	19	34	8.3	10.6	18.9
<2 χρόνια	18	14	32	10.0	7.8	17.8
περισσότερα χρόνια	15	24	39	8.3	13.3	21.7
καθόλου	21	23	44	11.7	12.8	24.4
	85	95	180	47.2	52.8	100.0

ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 30-45 ΕΤΩΝ



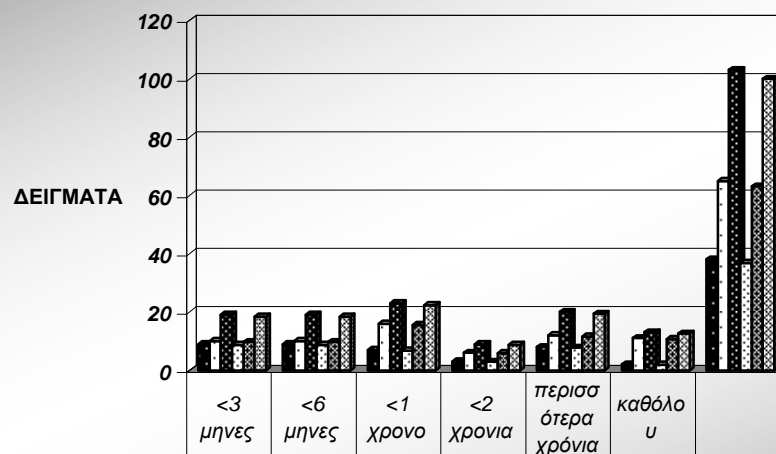
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	10	6	15	18	15	21	85
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	5	10	19	14	24	23	95
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	15	16	34	32	39	44	180
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	5.6	3.3	8.3	10.0	8.3	11.7	47.2
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	2.8	5.6	10.6	7.8	13.3	12.8	52.8
■ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %	8.3	8.9	18.9	17.8	21.7	24.4	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 3β

45-60

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
<3 μηνες	9	10	19	8.7	9.7	18.4
<6 μηνες	9	10	19	8.7	9.7	18.4
<1 χρόνο	7	16	23	6.8	15.5	22.3
<2 χρόνια	3	6	9	2.9	5.8	8.7
περισσότερα χρόνια	8	12	20	7.8	11.7	19.4
καθόλου	2	11	13	1.9	10.7	12.6
	38	65	103	36.9	63.1	100.0

ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 45-60ΕΤΩΝ



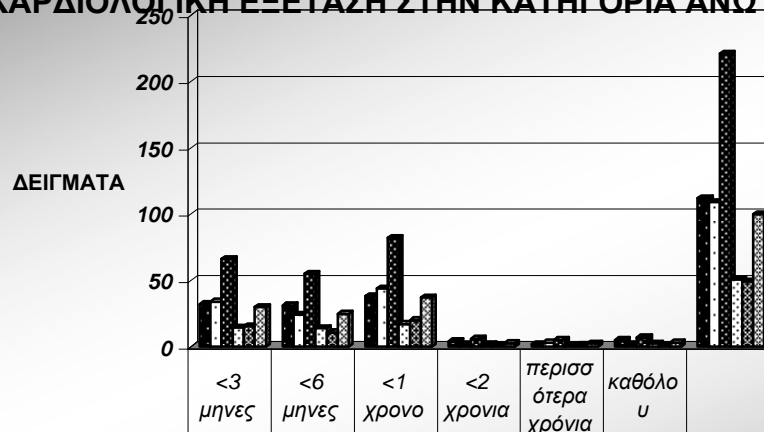
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	9	9	7	3	8	2	38
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	10	10	16	6	12	11	65
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	19	19	23	9	20	13	103
□ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	8.7	8.7	6.8	2.9	7.8	1.9	36.9
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	9.7	9.7	15.5	5.8	11.7	10.7	63.1
■ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)	18.4	18.4	22.3	8.7	19.4	12.6	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 3γ

45-60 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
<3 μηνες	32	34	66	14.5	15.4	29.9
<6 μηνες	31	24	55	14.0	10.9	24.9
<1 χρόνο	38	44	82	17.2	19.9	37.1
<2 χρόνια	4	2	6	1.8	0.9	2.7
περισσότερα χρόνια	2	3	5	0.9	1.4	2.3
καθόλου	5	2	7	2.3	0.9	3.2
	112	109	221	50.7	49.3	100.0

ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΑΝΩ 60 ΕΤΩΝ



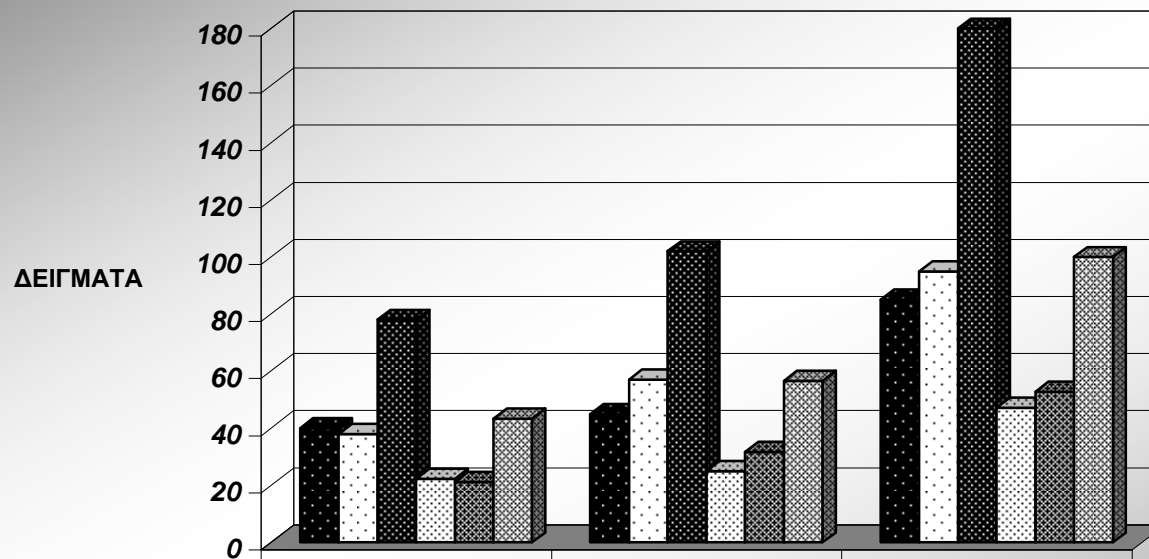
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	32	31	38	4	2	5	112
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	34	24	44	2	3	2	109
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	66	55	82	6	5	7	221
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	14.5	14.0	17.2	1.8	0.9	2.3	50.7
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	15.4	10.9	19.9	0.9	1.4	0.9	49.3
■ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)	29.9	24.9	37.1	2.7	2.3	3.2	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 4α

30-45 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	40	38	78	22.2	21.1	43.3
ΟΧΙ	45	57	102	25.0	31.7	56.7
	85	95	180	47.2	52.8	100.0

Έχετε συμβουλευτεί Γιατρό Καρδιολόγο προληπτικά?(30-45ετων)

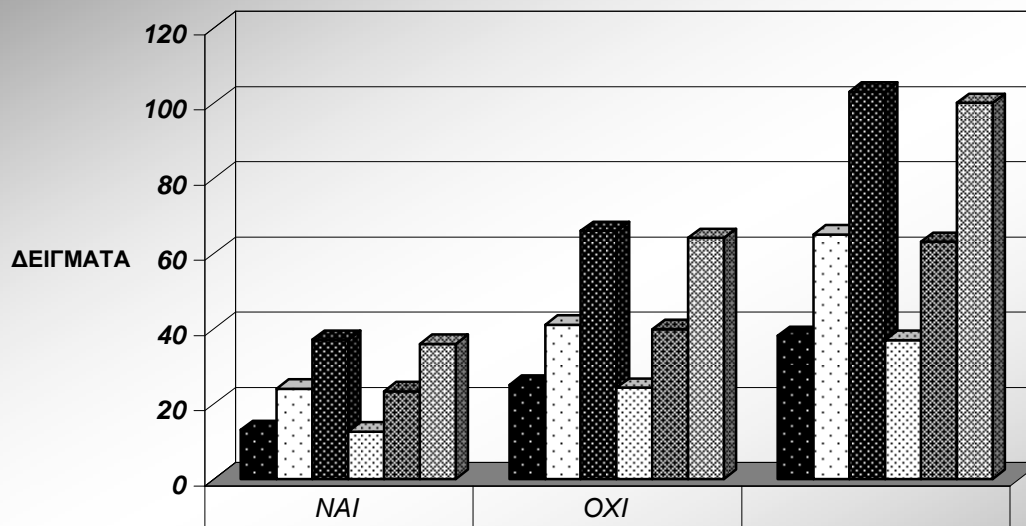


	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	40	45	85
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	38	57	95
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	78	102	180
▣ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	22.2	25.0	47.2
▣ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	21.1	31.7	52.8
▣ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)	43.3	56.7	100.0

45-60 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	13	24	37	12.6	23.3	35.9
ΟΧΙ	25	41	66	24.3	39.8	64.1
	38	65	103	36.9	63.1	100.0

Έχετε συμβουλευτεί Γιατρό Καρδιολόγο Προληπτικά?(45-60ετων)

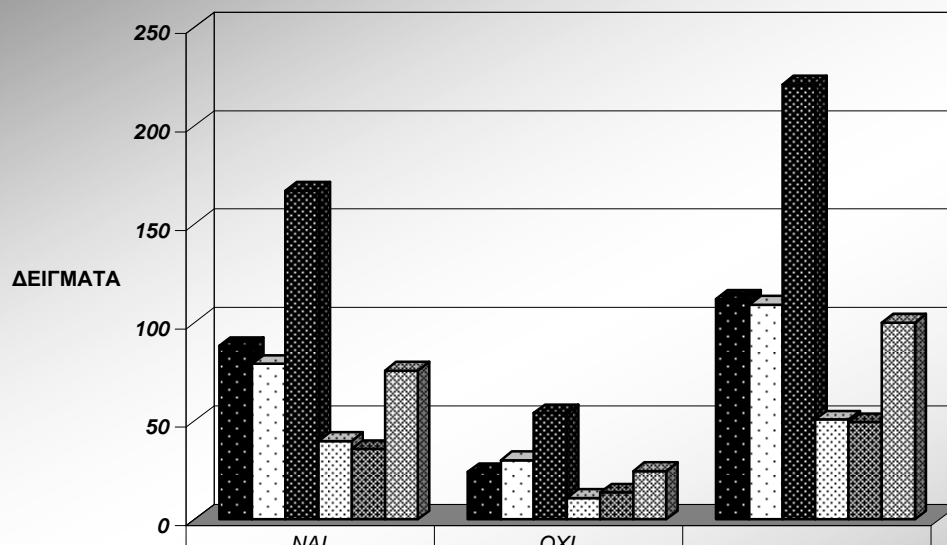


	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	13	25	38
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	24	41	65
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	37	66	103
▣ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	12.6	24.3	36.9
▣ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	23.3	39.8	63.1
▣ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %	35.9	64.1	100.0

60 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	88	79	167	39.8	35.7	75.6
ΟΧΙ	24	30	54	10.9	13.6	24.4
	112	109	221	50.7	49.3	100.0

Έχετε συμβουλευτεί Γιατρό Καρδιολόγο Προληπτικά?(<60ετων)



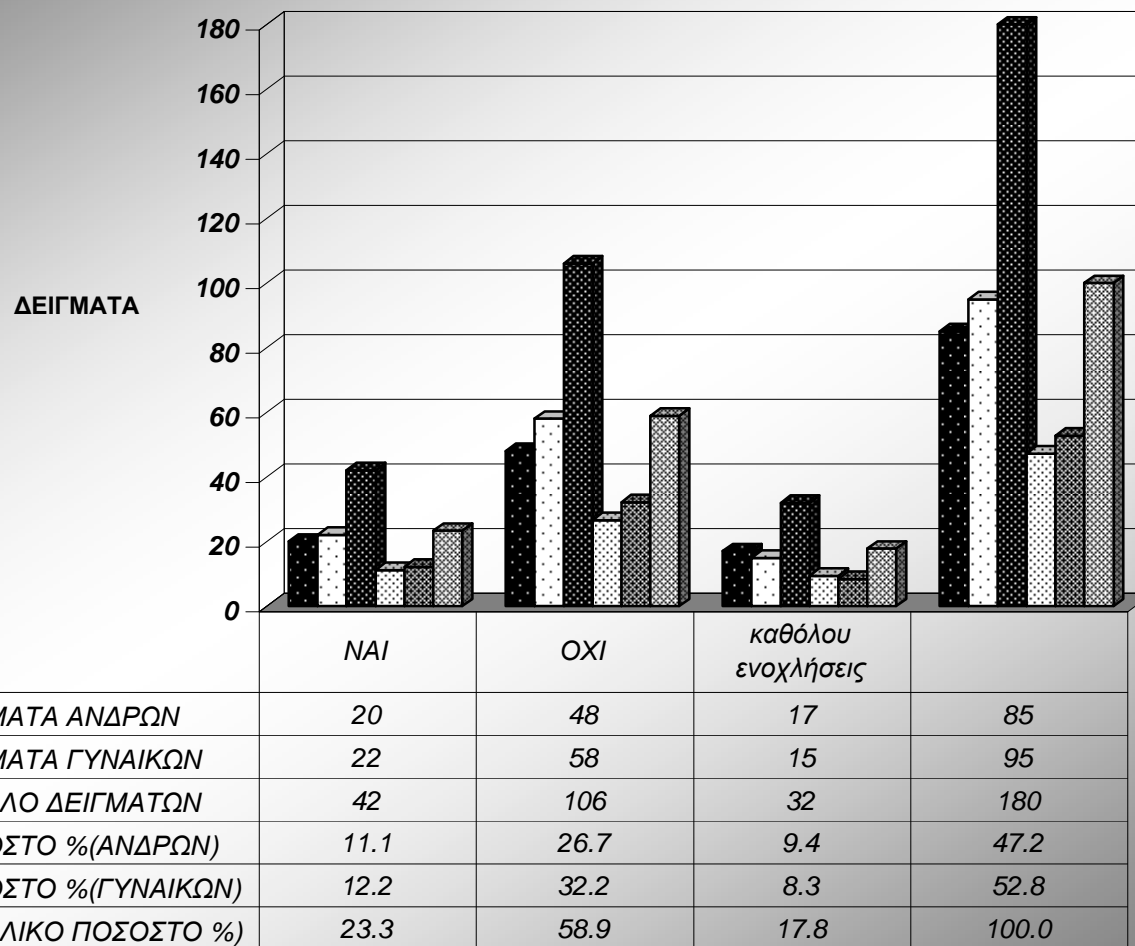
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	88	24	112
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	79	30	109
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	167	54	221
□ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	39.8	10.9	50.7
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	35.7	13.6	49.3
■ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)	75.6	24.4	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 5α

30-45 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	20	22	42	11.1	12.2	23.3
ΟΧΙ	48	58	106	26.7	32.2	58.9
καθόλου ενοχλήσεις	17	15	32	9.4	8.3	17.8
	85	95	180	47.2	52.8	100.0

Έχετε συμβουλευτεί Γιατρό Καρδιολόγο μετά απο απλές ενοχλήσεις?(30-45ετων)

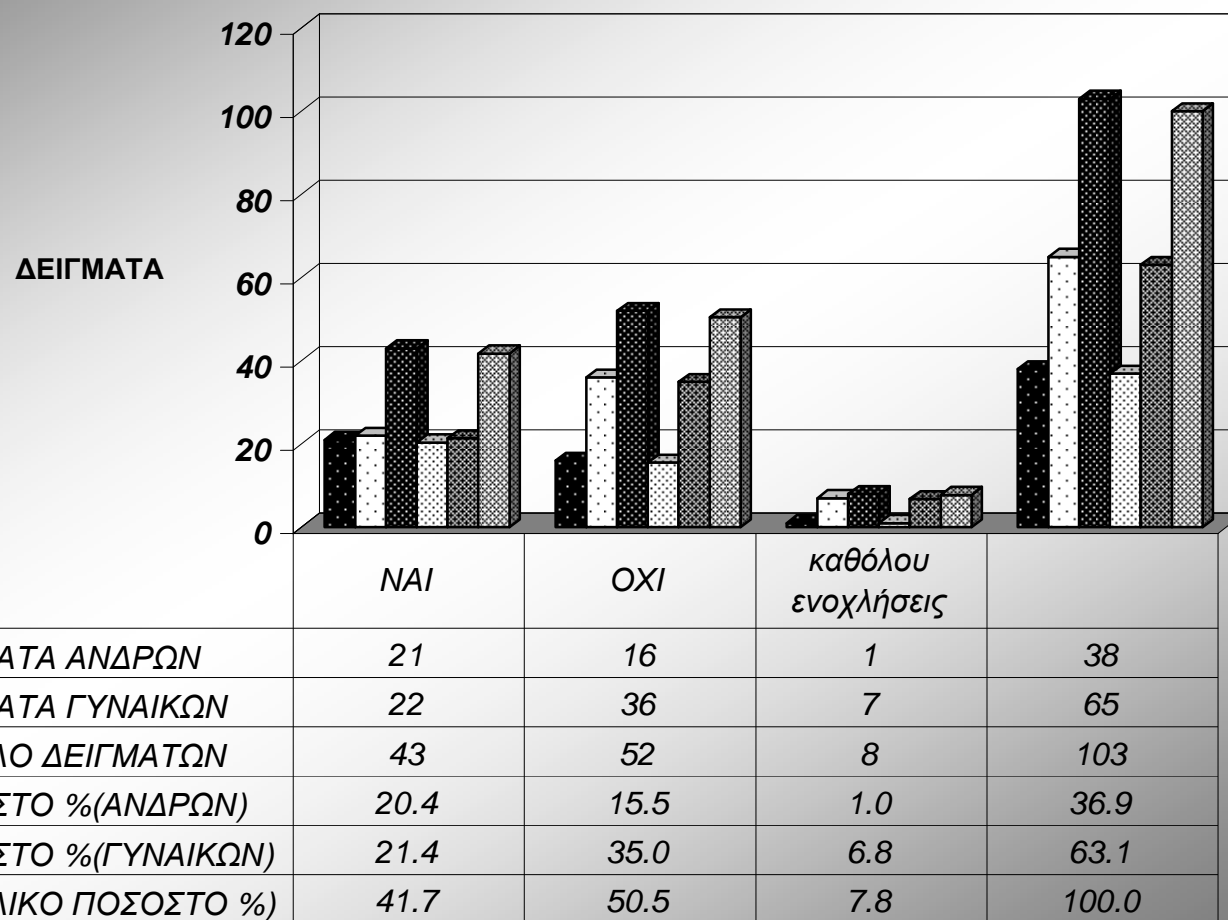


ΠΙΝΑΚΑΣ 5β

45-60 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	21	22	43	20.4	21.4	41.7
ΟΧΙ	16	36	52	15.5	35.0	50.5
καθόλου ενοχλήσεις	1	7	8	1.0	6.8	7.8
	38	65	103	36.9	63.1	100.0

Έχετε συμβουλευτεί Γιατρό Καρδιολόγο μετά απο απλές ενοχλήσεις?(45-60ετων)

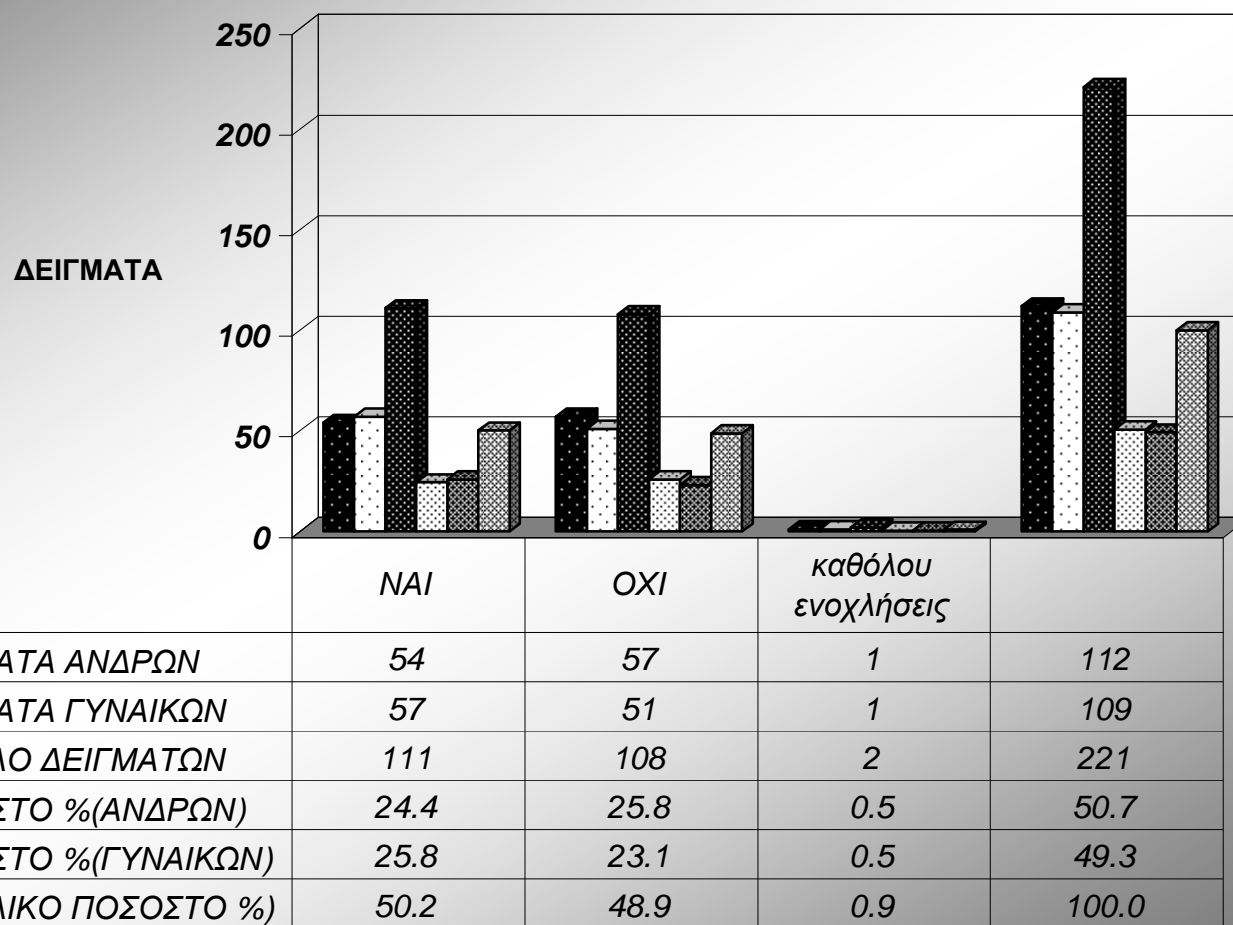


ΠΙΝΑΚΑΣ 5γ

60 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	54	57	111	24.4	25.8	50.2
ΟΧΙ	57	51	108	25.8	23.1	48.9
καθόλου ενοχλήσεις	1	1	2	0.5	0.5	0.9
	112	109	221	50.7	49.3	100.0

Έχετε συμβουλευτεί Γιατρό Καρδιολόγο μετά απο απλές ενοχλήσεις?(<60ετων)

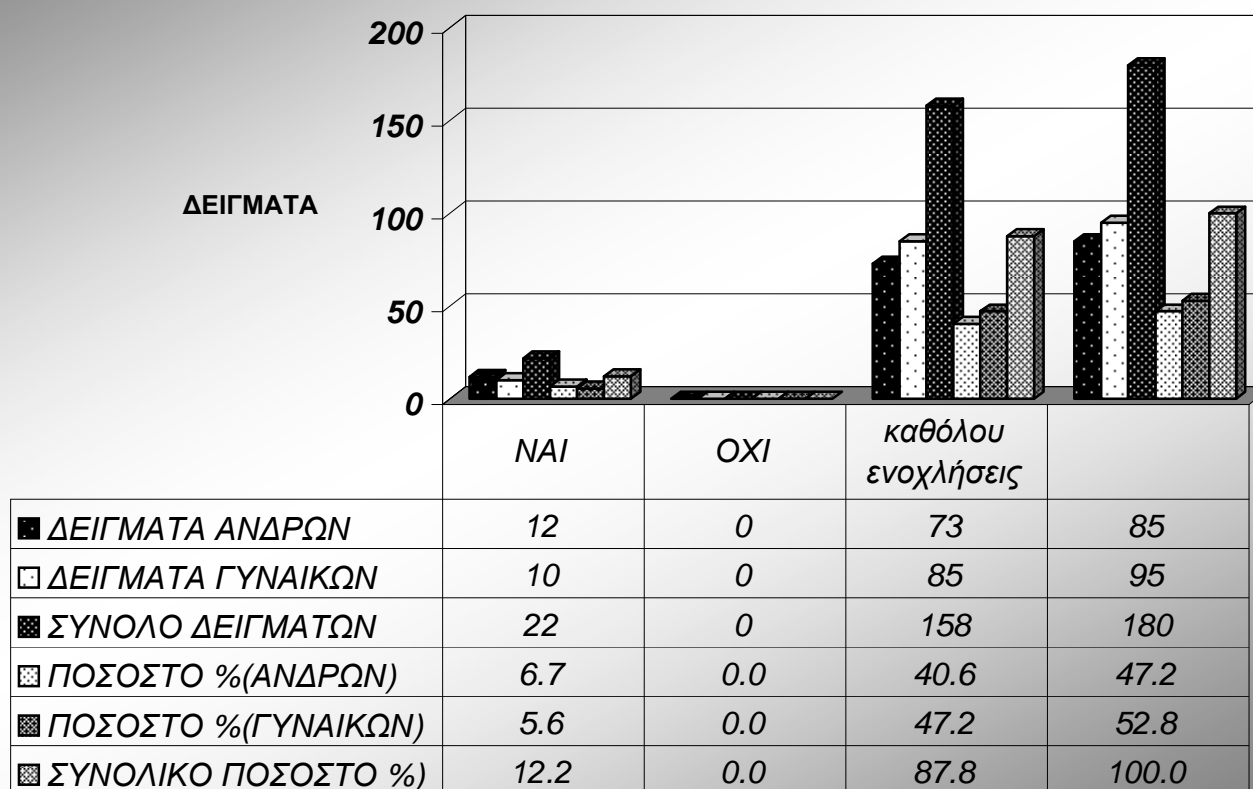


ΠΙΝΑΚΑΣ 6α

30-45 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	12	10	22	6.7	5.6	12.2
ΟΧΙ	0	0	0	0.0	0.0	0.0
καθόλου ενοχλήσεις	73	85	158	40.6	47.2	87.8
	85	95	180	47.2	52.8	100.0

Έχετε συμβουλευτεί Γιατρό Καρδιολόγο μετά απο έντονες ενοχλήσεις?(30-45ετων)

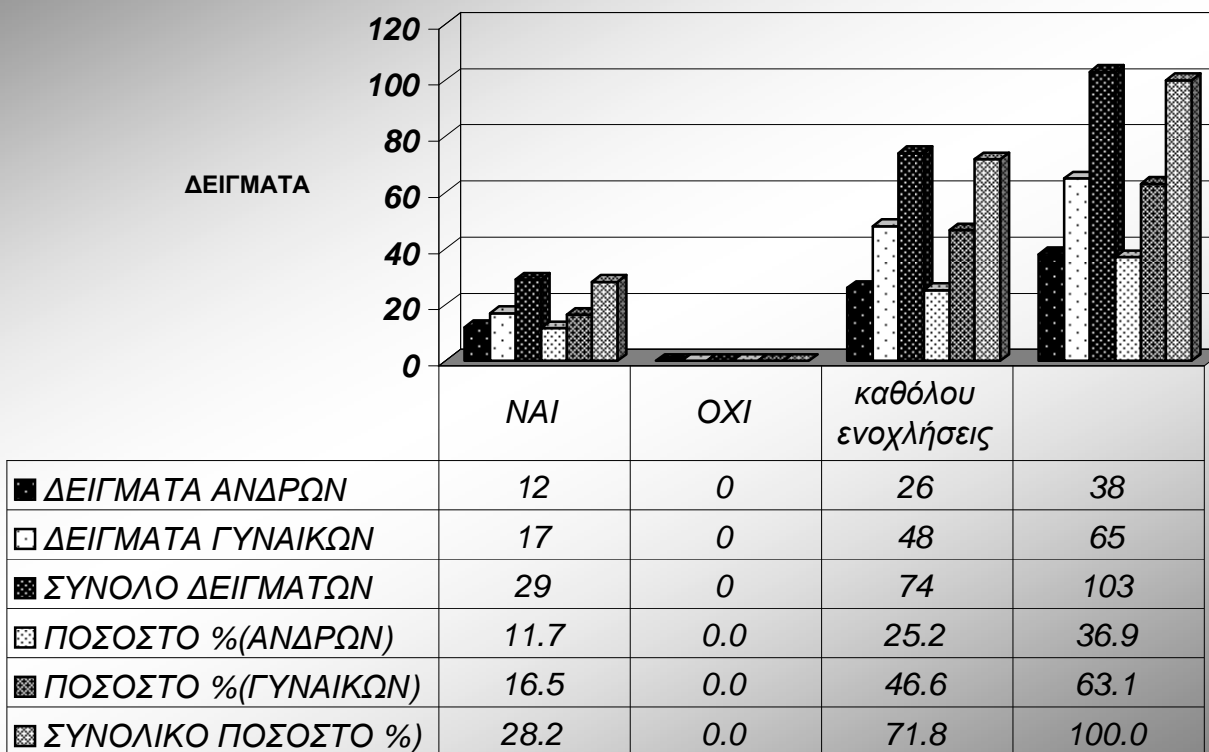


ΠΙΝΑΚΑΣ 6β

45-60 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	12	17	29	11.7	16.5	28.2
ΟΧΙ	0	0	0	0.0	0.0	0.0
καθόλου ενοχλήσεις	26	48	74	25.2	46.6	71.8
	38	65	103	36.9	63.1	100.0

Έχετε συμβουλευτεί Γιατρό Καρδιολόγο μετά απο έντονες ενοχλήσεις?(45-60ετων)

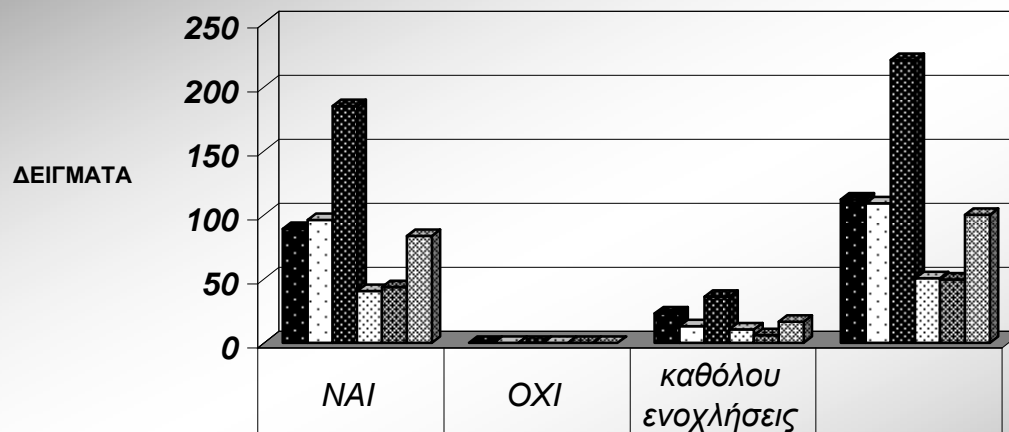


ΠΙΝΑΚΑΣ 6γ

60 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	89	96	185	40.3	43.4	83.7
ΟΧΙ	0	0	0	0.0	0.0	0.0
καθόλου ενοχλήσεις	23	13	36	10.4	5.9	16.3
	112	109	221	50.7	49.3	100.0

Έχετε συμβουλευτεί Γιατρό Καρδιολόγο μετά απο έντονες ενοχλήσεις(>60ετων)



■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	89	0	23	112
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	96	0	13	109
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	185	0	36	221
▨ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	40.3	0.0	10.4	50.7
▩ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	43.4	0.0	5.9	49.3
▧ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)	83.7	0.0	16.3	100.0

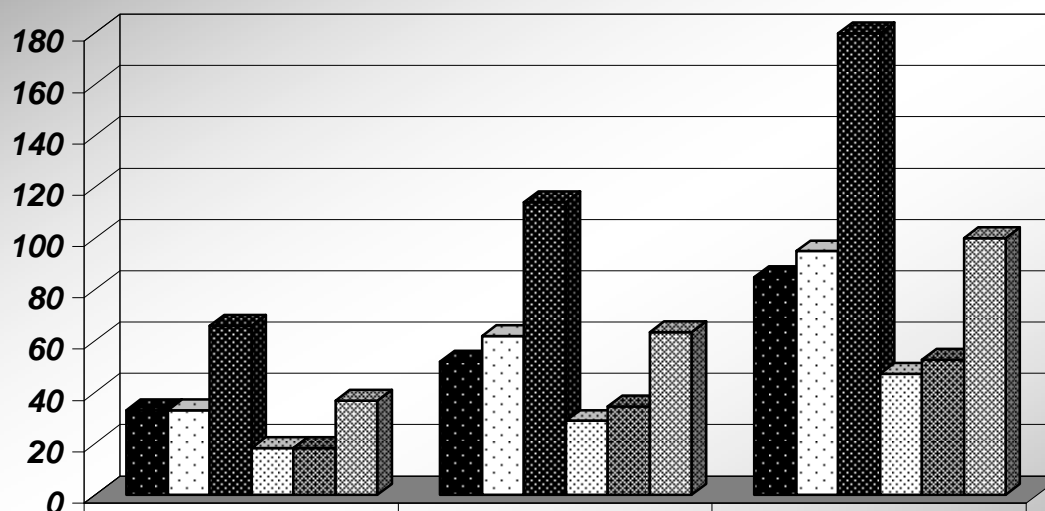
ΠΙΝΑΚΑΣ 7α

30-45 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	33	33	66	18.3	18.3	36.7
ΟΧΙ	52	62	114	28.9	34.4	63.3
	85	95	180	47.2	52.8	100.0

Έχετε κάνει Ηλεκτροκαρδιογράφημα(30-45ετων)

ΔΕΙΓΜΑΤΑ



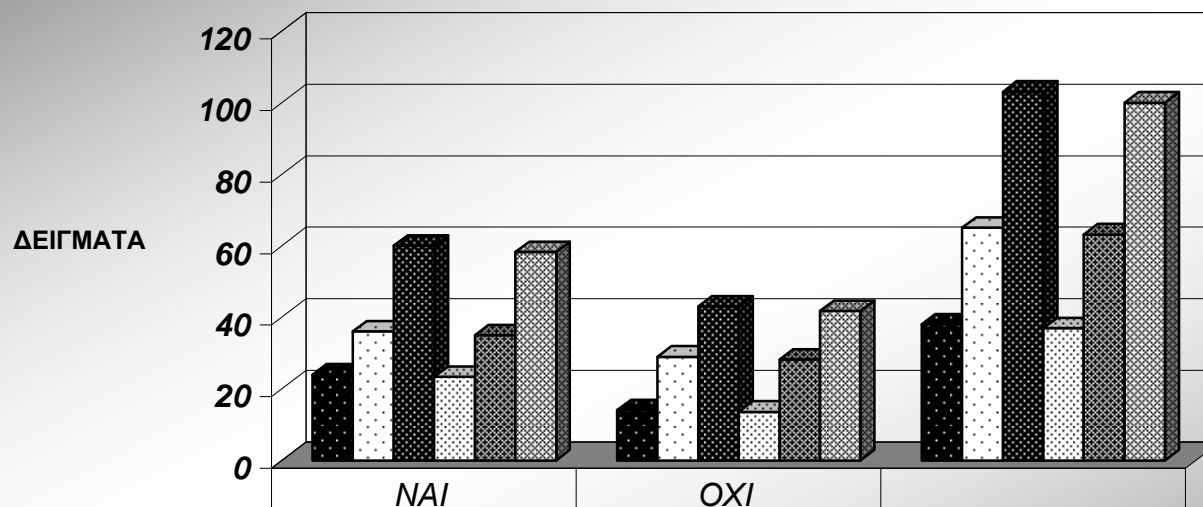
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	33	52	85
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	33	62	95
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	66	114	180
▨ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	18.3	28.9	47.2
▩ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	18.3	34.4	52.8
▧ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)	36.7	63.3	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 7β

45-60 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	24	36	60	23.3	35.0	58.3
ΟΧΙ	14	29	43	13.6	28.2	41.7
	38	65	103	36.9	63.1	100.0

Έχετε κάνει Ηλεκτροκαρδιογραφήμα?(45-60ετων)



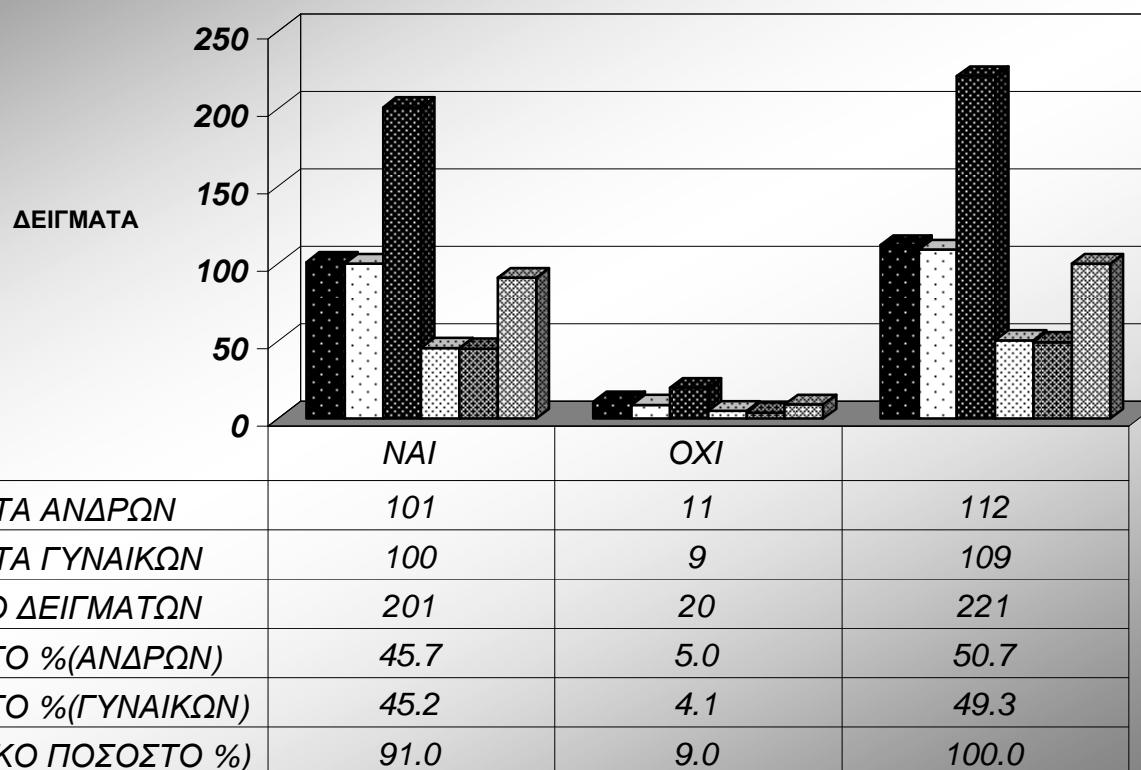
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	24	14	38
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	36	29	65
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	60	43	103
□ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	23.3	13.6	36.9
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	35.0	28.2	63.1
■ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %	58.3	41.7	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 7γ

60 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	101	100	201	45.7	45.2	91.0
ΟΧΙ	11	9	20	5.0	4.1	9.0
	112	109	221	50.7	49.3	100.0

Έχετε κάνει Ηλεκτροκαρδιογραφήμα?(<60ετων)



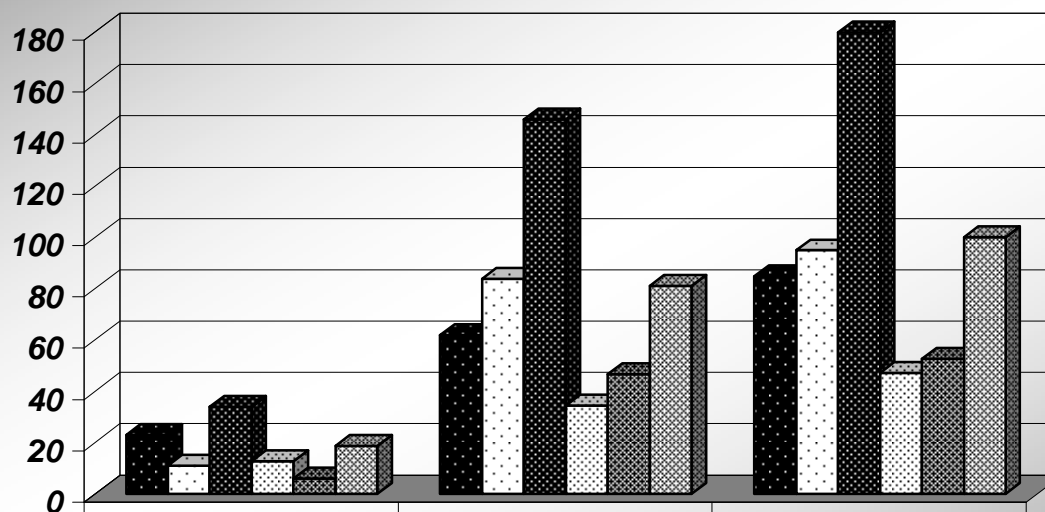
ΠΙΑΝΑΚΑΣ 8α

30-45 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	23	11	34	12.8	6.1	18.9
ΟΧΙ	62	84	146	34.4	46.7	81.1
	85	95	180	47.2	52.8	100.0

Έχετε κάνει test κοπώσεως(30-45ετων)

ΔΕΙΓΜΑΤΑ



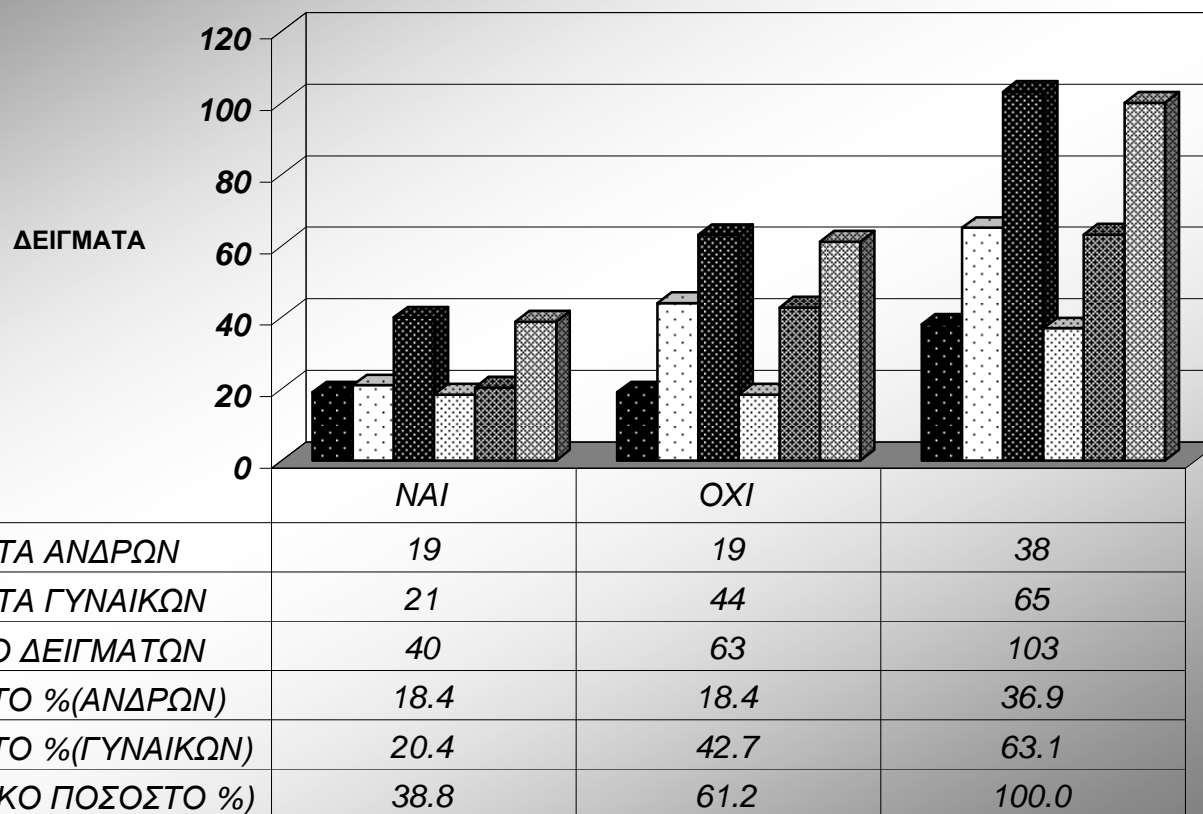
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	23	62	85
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	11	84	95
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	34	146	180
▨ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	12.8	34.4	47.2
▩ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	6.1	46.7	52.8
▧ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)	18.9	81.1	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 8β

45-60 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	19	21	40	18.4	20.4	38.8
ΟΧΙ	19	44	63	18.4	42.7	61.2
	38	65	103	36.9	63.1	100.0

Έχετε κάνει test κοπώσεως?(45-60ετων)

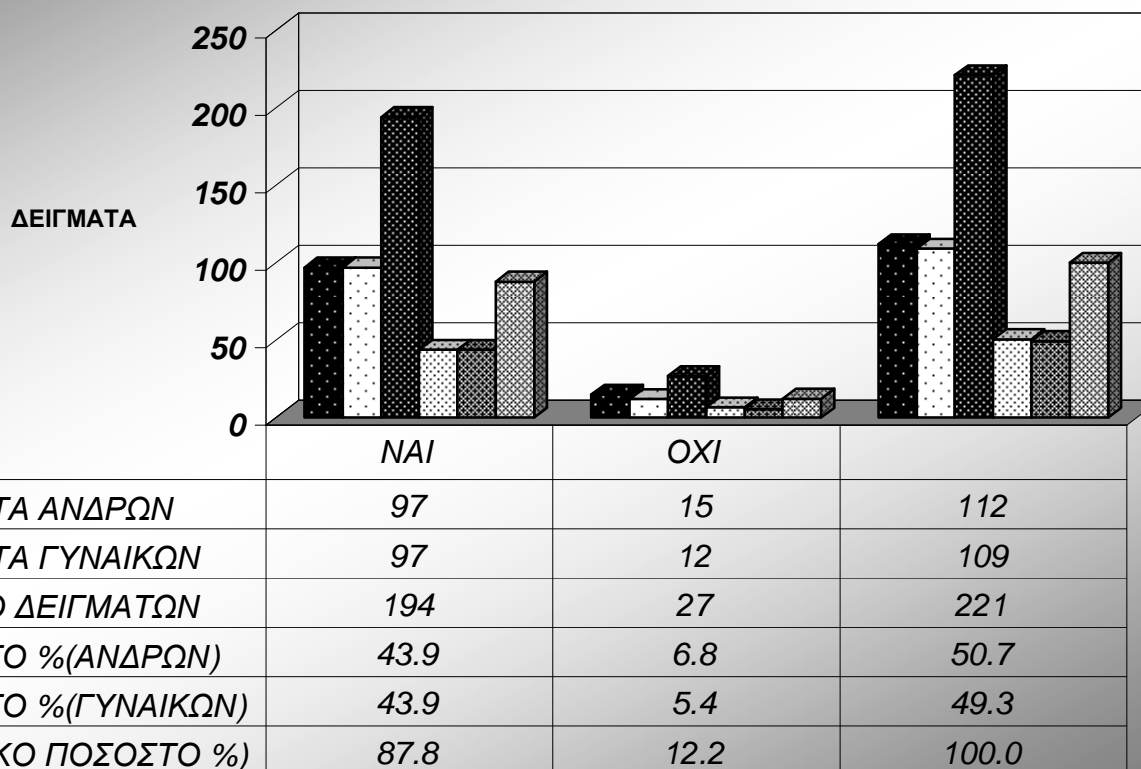


ΠΙΝΑΚΑΣ 8γ

60 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	97	97	194	43.9	43.9	87.8
ΟΧΙ	15	12	27	6.8	5.4	12.2
	112	109	221	50.7	49.3	100.0

Έχετε κάνει test κοπώσεως(>60ετων)



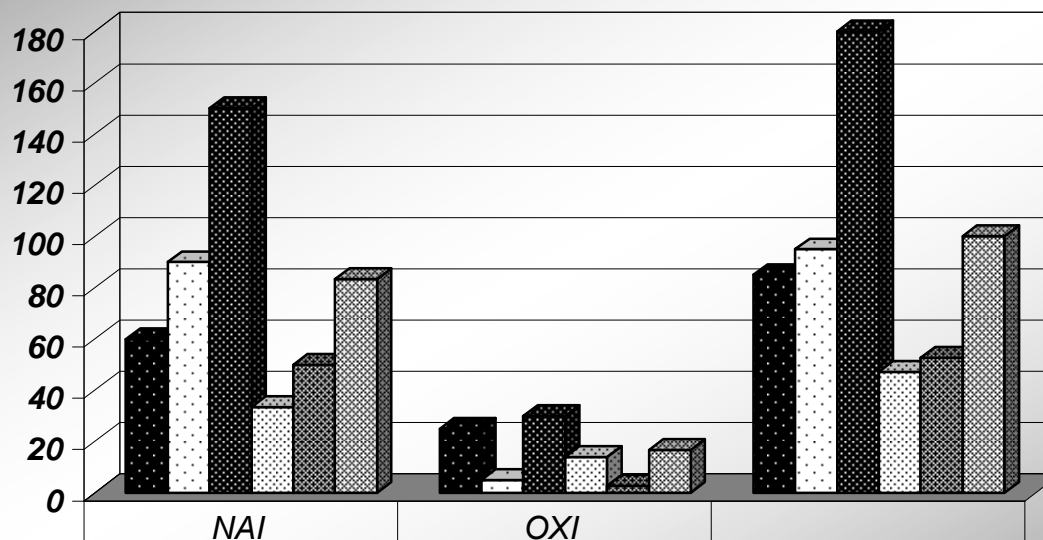
ΠΙΝΑΚΑΣ 9α

30-45 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	60	90	150	33.3	50.0	83.3
ΟΧΙ	25	5	30	13.9	2.8	16.7
	85	95	180	47.2	52.8	100.0

Έχετε κάνει εξετάσεις αίματος(30-45ετων)

ΔΕΙΓΜΑΤΑ



■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	60	25	85
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	90	5	95
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	150	30	180
▣ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	33.3	13.9	47.2
▣ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	50.0	2.8	52.8
▣ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)	83.3	16.7	100.0

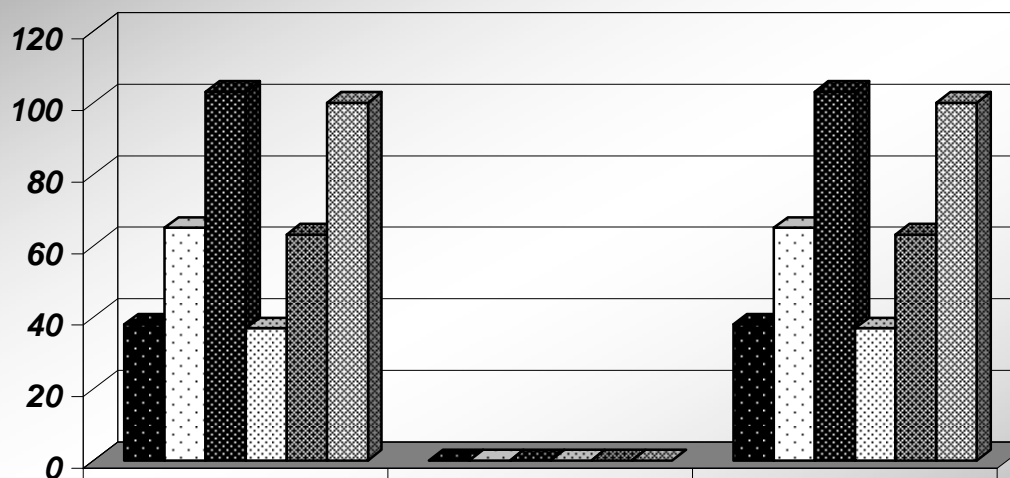
ΠΙΝΑΚΑΣ 9β

45-60 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	38	65	103	36.9	63.1	100.0
ΟΧΙ	0	0	0	0.0	0.0	0.0
	38	65	103	36.9	63.1	100.0

Έχετε κάνει εξετάσεις αίματος?(45-60ετων)

ΔΕΙΓΜΑΤΑ



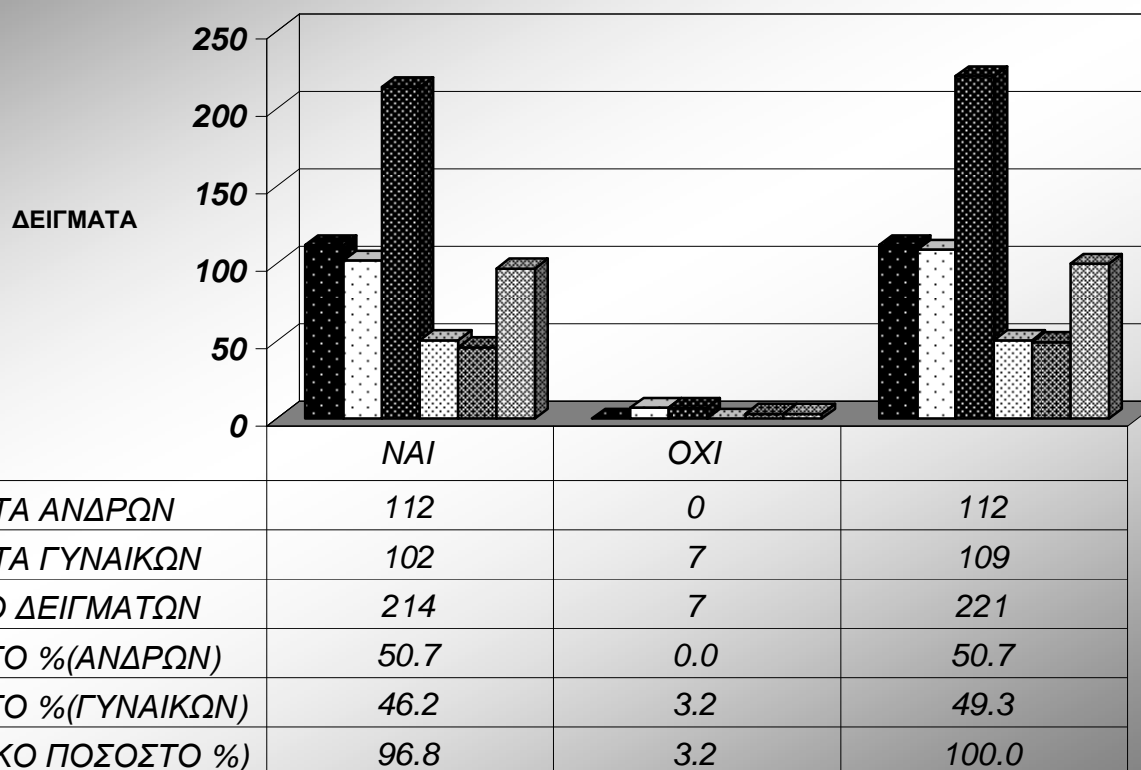
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	38	0	38
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	65	0	65
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	103	0	103
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	36.9	0.0	36.9
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	63.1	0.0	63.1
■ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)	100.0	0.0	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 9γ

60 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	112	102	214	50.7	46.2	96.8
ΟΧΙ	0	7	7	0.0	3.2	3.2
	112	109	221	50.7	49.3	100.0

Έχετε κάνει εξετάσεις αίματος? (>60ετων)



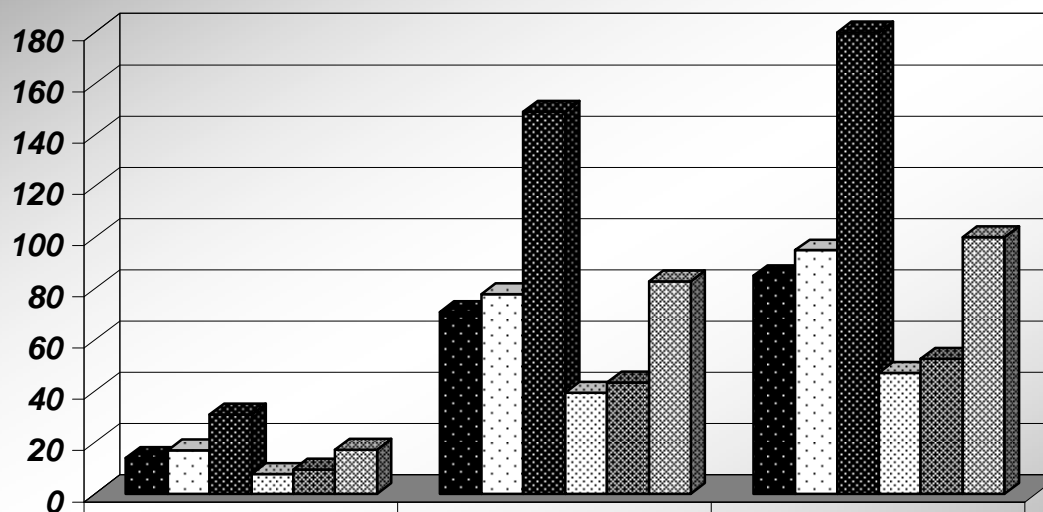
ΠΙΝΑΚΑΣ 10α

30-45 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	14	17	31	7.8	9.4	17.2
ΟΧΙ	71	78	149	39.4	43.3	82.8
	85	95	180	47.2	52.8	100.0

Υπήρξε κάποιο Καρδιολογικό πρόβλημα?(30-45ετων)

ΔΕΙΓΜΑΤΑ



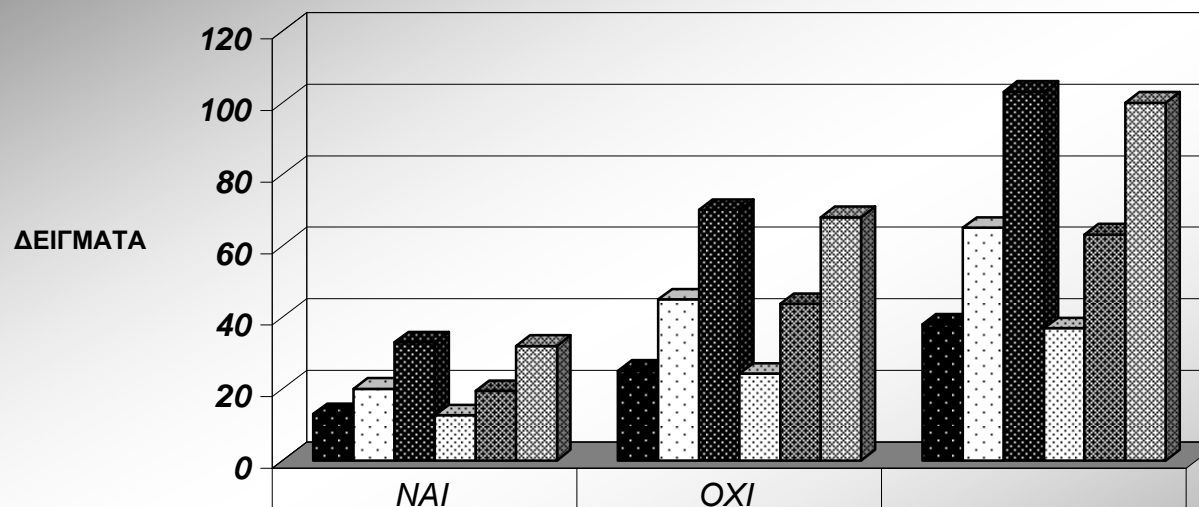
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	14	71	85
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	17	78	95
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	31	149	180
▣ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	7.8	39.4	47.2
▣ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	9.4	43.3	52.8
▣ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)	17.2	82.8	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 10β

45-60 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	13	20	33	12.6	19.4	32.0
ΟΧΙ	25	45	70	24.3	43.7	68.0
	38	65	103	36.9	63.1	100.0

Υπήρξε κάποιο Καρδιολογικό πρόβλημα?(45-60ετων)



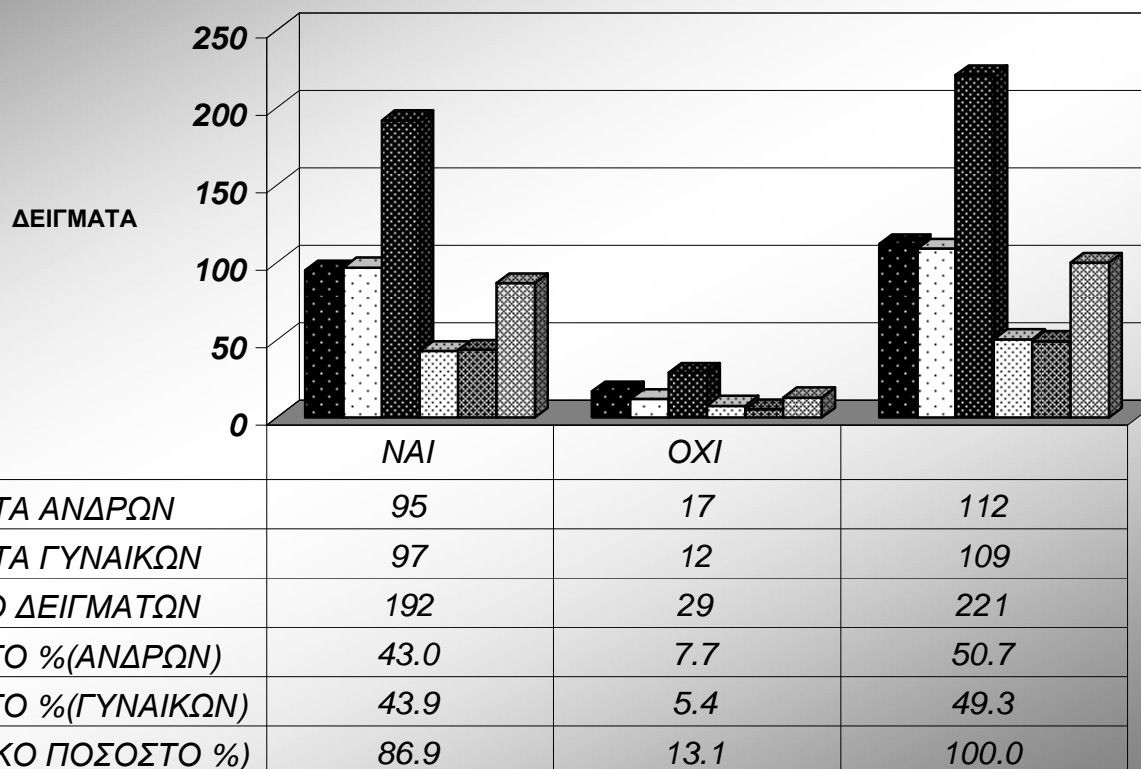
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	13	25	38
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	20	45	65
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	33	70	103
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	12.6	24.3	36.9
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	19.4	43.7	63.1
■ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %	32.0	68.0	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ10γ

60 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	95	97	192	43.0	43.9	86.9
ΟΧΙ	17	12	29	7.7	5.4	13.1
	112	109	221	50.7	49.3	100.0

Υπήρξε κάποιο Καρδιολογικό πρόβλημα?(>60ετων)



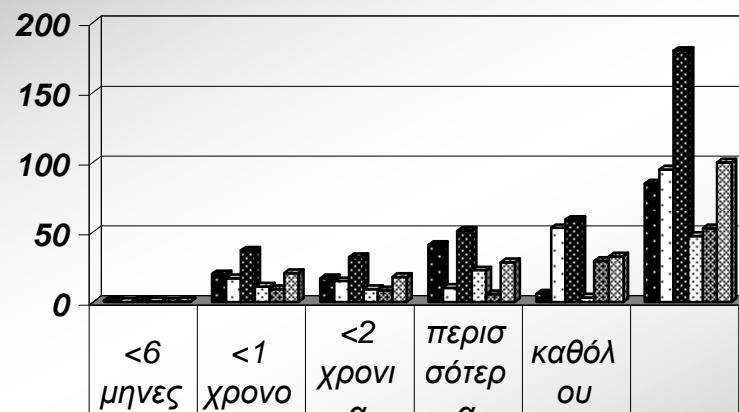
ΠΙΝΑΚΑΣ11α

30-45 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
<6 μηνες	1	0	1	0.6	0.0	0.6
<1 χρόνο	20	17	37	11.1	9.4	20.6
<2 χρόνια	17	15	32	9.4	8.3	17.8
περισσότερα χρόνια	41	10	51	22.8	5.6	28.3
καθόλου	6	53	59	3.3	29.4	32.8
	85	95	180	47.2	52.8	100.0

Κάνετε προληπτικά εξετάσεις για την Καρδιά?(30-45ετων)

ΔΕΙΓΜΑΤΑ



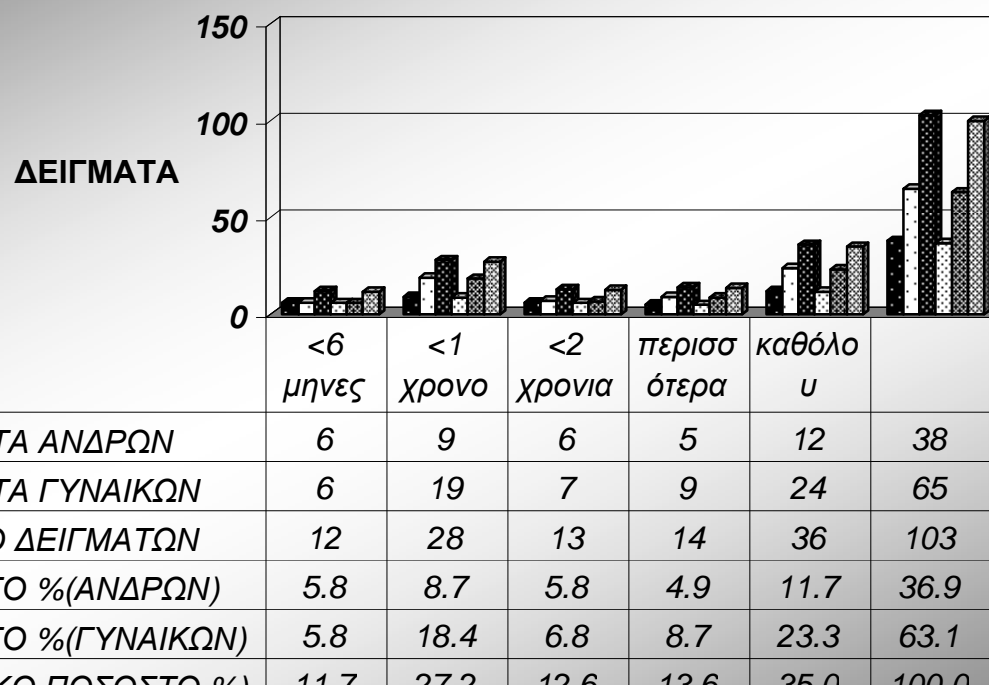
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	1	20	17	41	6	85
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	0	17	15	10	53	95
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	1	37	32	51	59	180
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	0.6	11.1	9.4	22.8	3.3	47.2
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	0.0	9.4	8.3	5.6	29.4	52.8
■ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)	0.6	20.6	17.8	28.3	32.8	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 11β

45-60 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %
<6 μηνες	6	6	12	5.8	5.8	11.7
<1 χρόνο	9	19	28	8.7	18.4	27.2
<2 χρόνια	6	7	13	5.8	6.8	12.6
περισσότερα χρόνια	5	9	14	4.9	8.7	13.6
καθόλου	12	24	36	11.7	23.3	35.0
	38	65	103	36.9	63.1	100.0

Κάνετε προληπτικά εξετάσεις για την Καρδιά? (45-60ετων)

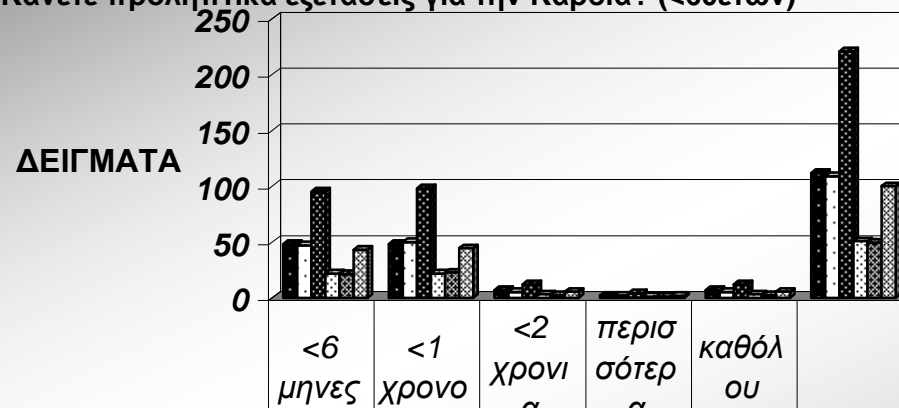


ΠΙΝΑΚΑΣ 11γ

60 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %
<6 μηνες	48	47	95	21.7	21.3	43.0
<1 χρόνο	48	50	98	21.7	22.6	44.3
<2 χρόνια	7	5	12	3.2	2.3	5.4
περισσότερα χρόνια	2	2	4	0.9	0.9	1.8
καθόλου	7	5	12	3.2	2.3	5.4
	112	109	221	50.7	49.3	100.0

Κάνετε προληπτικά εξετάσεις για την Καρδιά? (<60ετων)



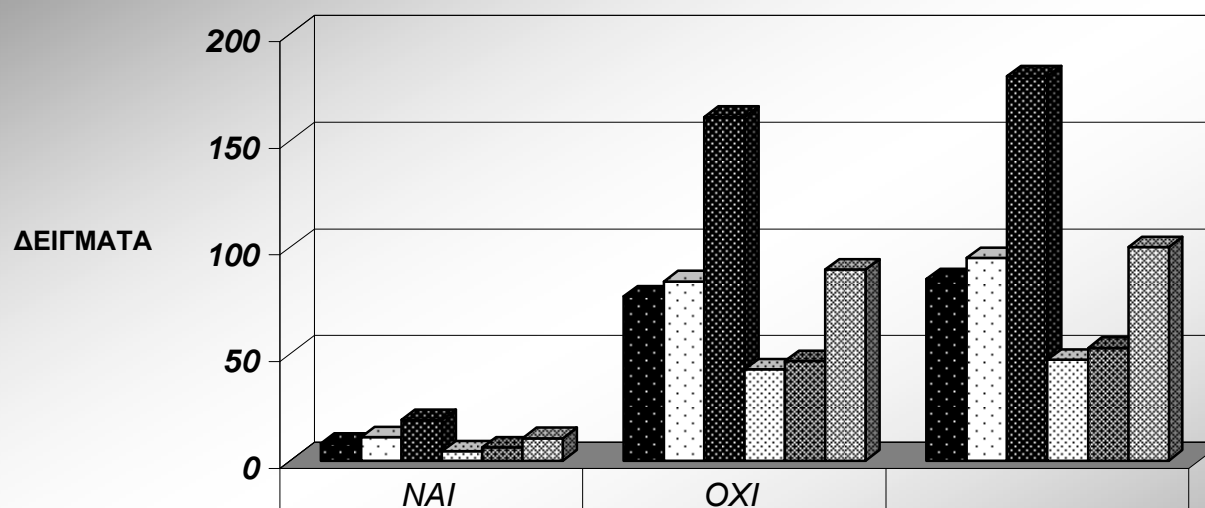
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	48	48	7	2	7	112
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	47	50	5	2	5	109
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	95	98	12	4	12	221
□ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	21.7	21.7	3.2	0.9	3.2	50.7
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	21.3	22.6	2.3	0.9	2.3	49.3
■ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %	43.0	44.3	5.4	1.8	5.4	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 12α

30-45 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	8	11	19	4.4	6.1	10.6
ΟΧΙ	77	84	161	42.8	46.7	89.4
	85	95	180	47.2	52.8	100.0

Τα ευρήματα των εξετάσεων που βρέθηκαν απαιτούσαν θεραπεία απο Καρδιολογο?
(30-45ετων)



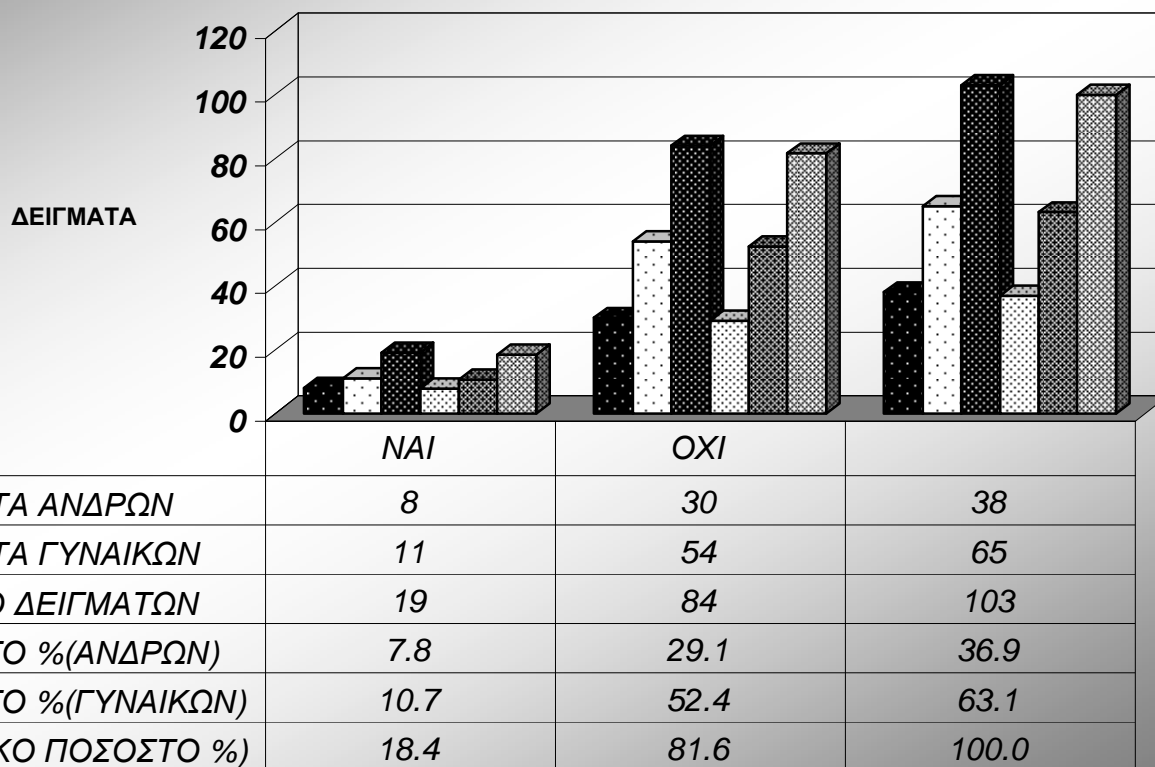
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	8	77	85
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	11	84	95
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	19	161	180
▣ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	4.4	42.8	47.2
▣ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	6.1	46.7	52.8
▣ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)	10.6	89.4	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 12β

45-60 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	8	11	19	7.8	10.7	18.4
ΟΧΙ	30	54	84	29.1	52.4	81.6
	38	65	103	36.9	63.1	100.0

Τα ευρήματα των εξετάσεων που βρέθηκαν απαιτούσαν θεραπεία απο Καρδιολόγο?
(45-60ετων)

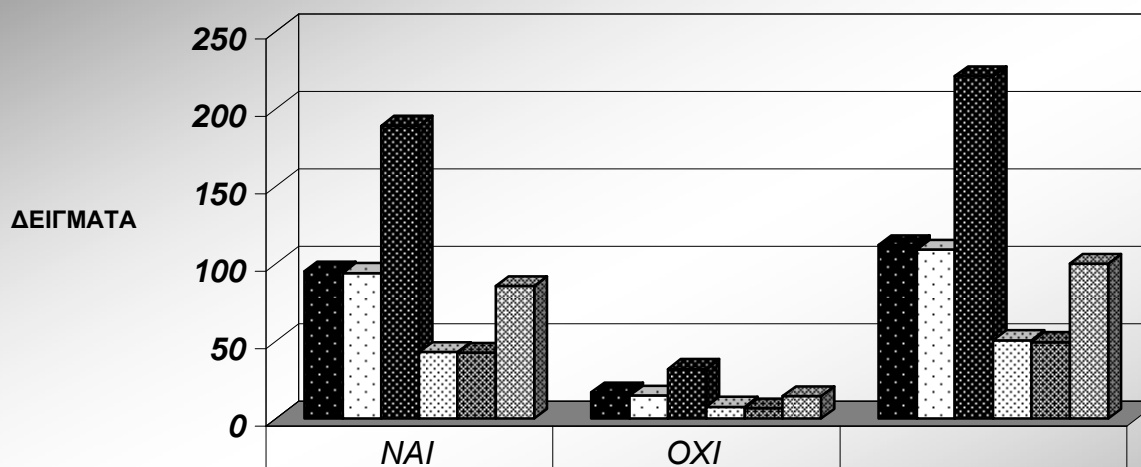


ΠΙΝΑΚΑΣ12γ

60 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	95	94	189	43.0	42.5	85.5
ΟΧΙ	17	15	32	7.7	6.8	14.5
	112	109	221	50.7	49.3	100.0

Τα ευρήματα εξετάσεων που βρέθηκαν απαιτούσαν θεραπεία απο Καρδιολόγο? (>60ετων)



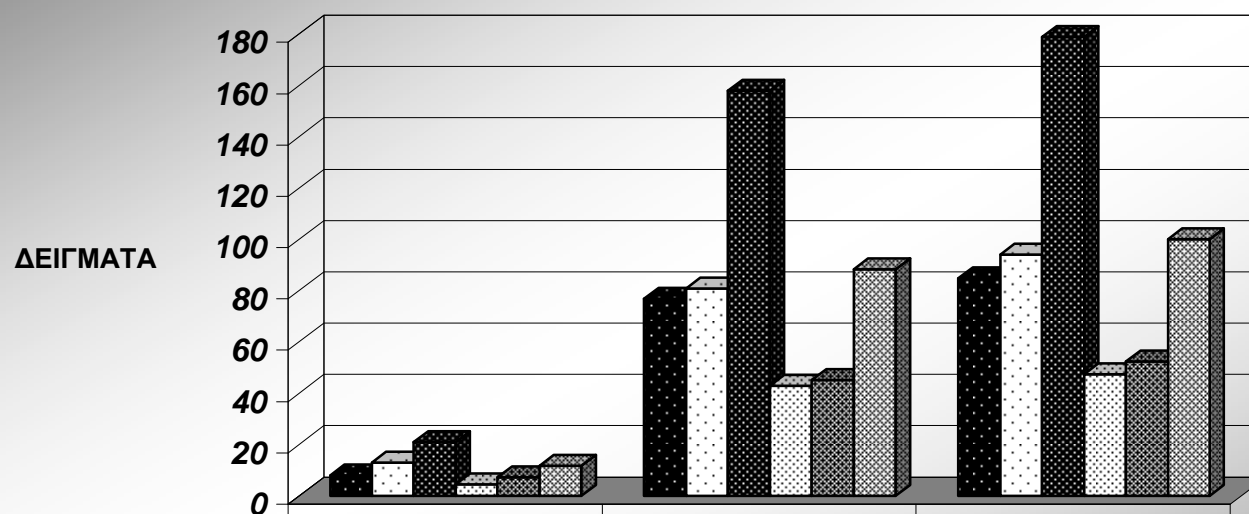
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	95	17	112
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	94	15	109
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	189	32	221
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	43.0	7.7	50.7
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	42.5	6.8	49.3
■ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)	85.5	14.5	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 13α

30-45 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	8	13	21	4.5	7.3	11.7
ΟΧΙ	77	81	158	43.0	45.3	88.3
	85	94	179	47.5	52.5	100.0

Έχετε κάνει ποτε χρήση Καρδιολογικών Φαρμάκων?(30-45ετων)



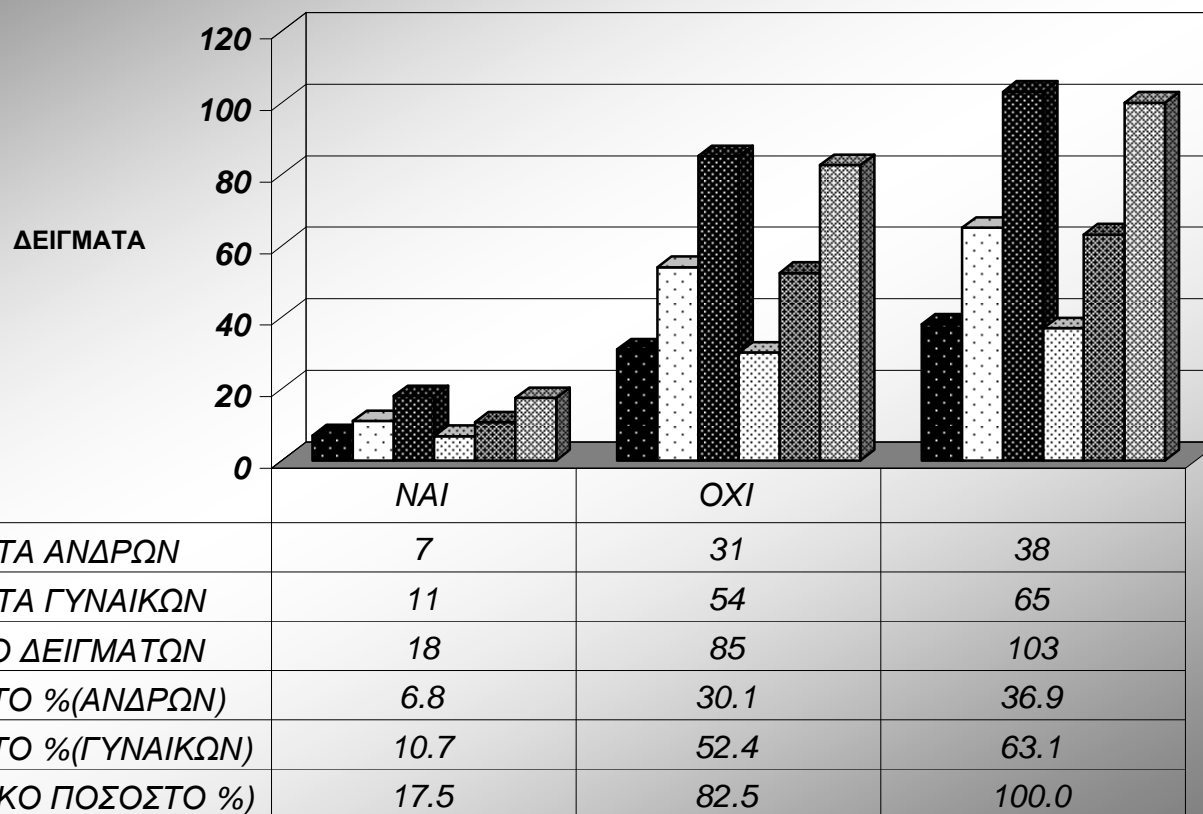
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	8	77	85
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	13	81	94
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	21	158	179
▣ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	4.5	43.0	47.5
▣ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	7.3	45.3	52.5
▣ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)	11.7	88.3	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 13β

45-60 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	7	11	18	6.8	10.7	17.5
ΟΧΙ	31	54	85	30.1	52.4	82.5
	38	65	103	36.9	63.1	100.0

Έχετε κάνει ποτέ χρήση Καρδιολογικών Φαρμάκων?(45-60ετων)

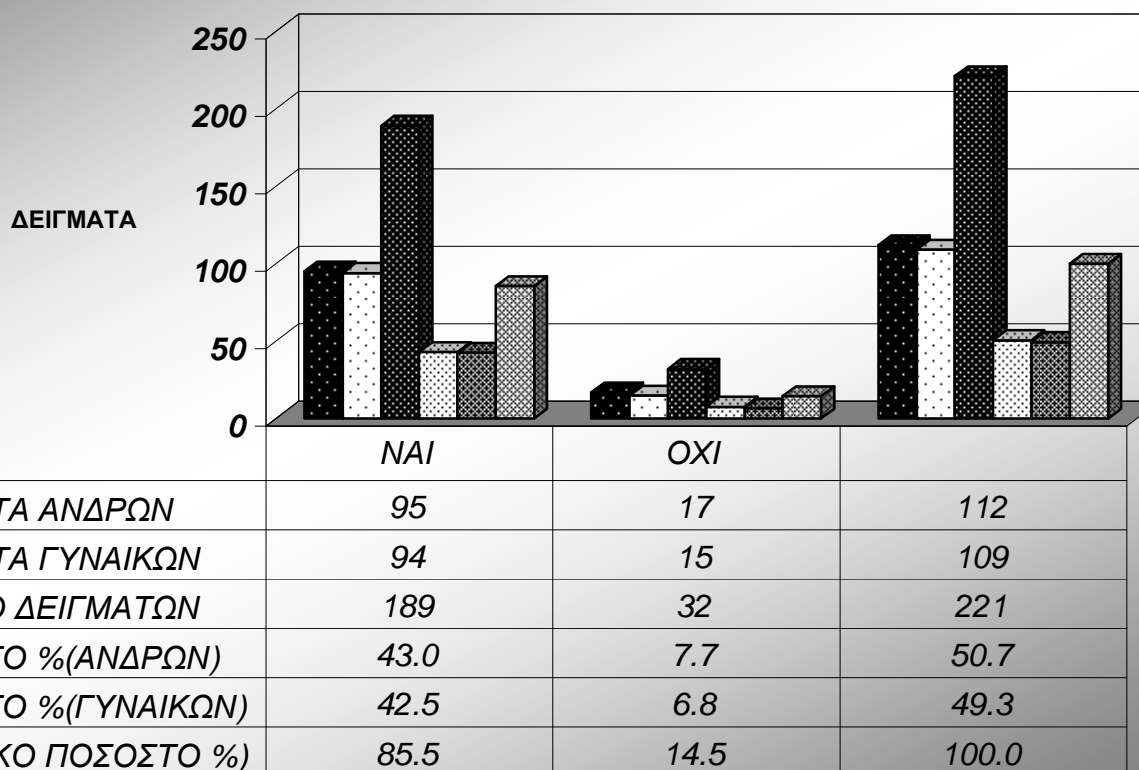


ΠΙΝΑΚΑΣ 13γ

60 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	95	94	189	43.0	42.5	85.5
ΟΧΙ	17	15	32	7.7	6.8	14.5
	112	109	221	50.7	49.3	100.0

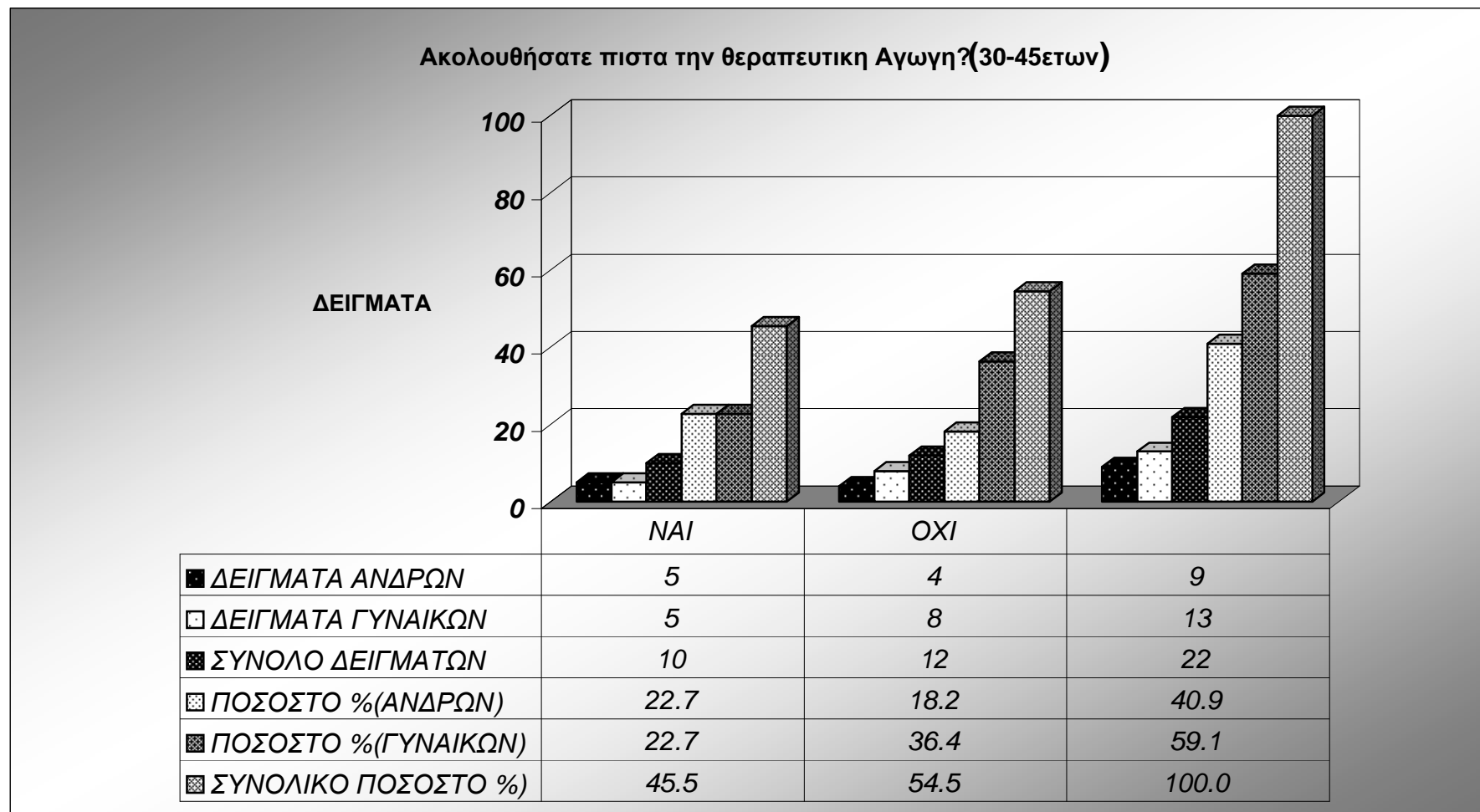
Έχετε κάνει ποτέ χρήση Καρδιολογικών Φαρμάκων?(>60ετων)



ΠΙΝΑΚΑΣ 14α

30-45 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	5	5	10	22.7	22.7	45.5
ΟΧΙ	4	8	12	18.2	36.4	54.5
	9	13	22	40.9	59.1	100.0

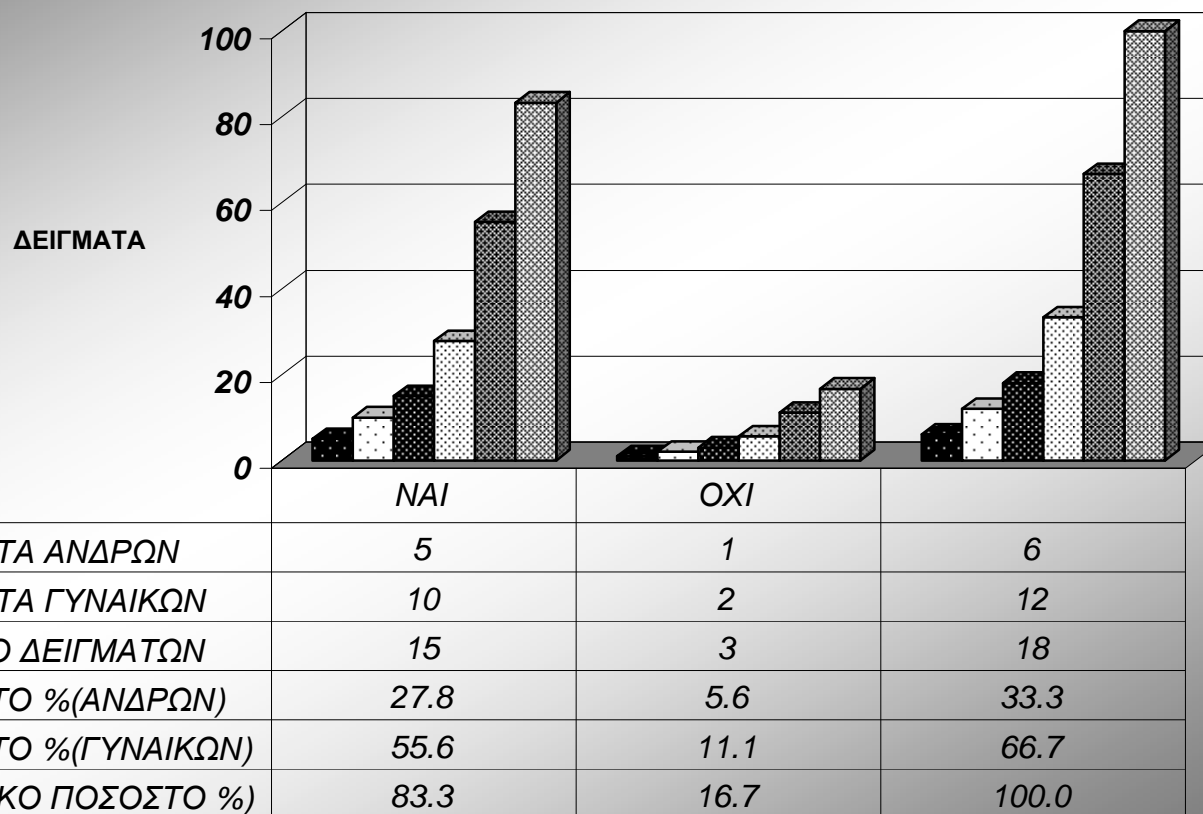


ΠΙΝΑΚΑΣ 14β

45-60 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	5	10	15	27.8	55.6	83.3
ΟΧΙ	1	2	3	5.6	11.1	16.7
	6	12	18	33.3	66.7	100.0

Ακολουθήσατε πιστά την θεραπευτική Αγωγή?(45-60ετων)

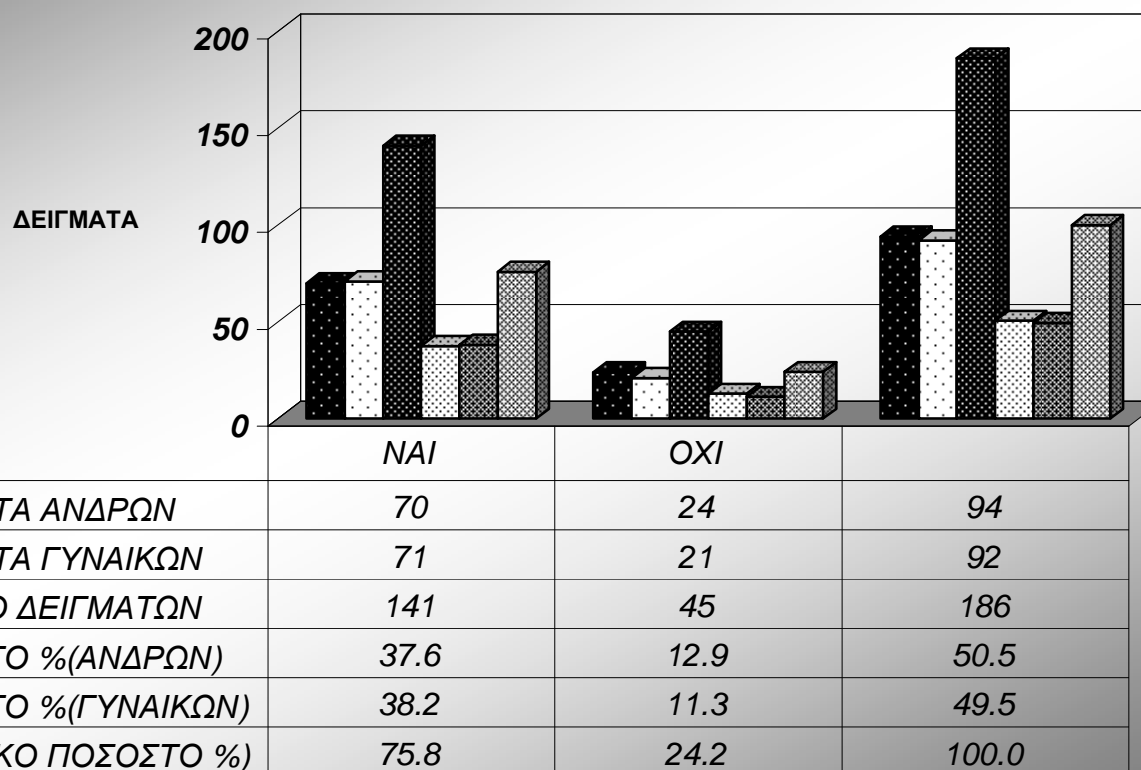


ΠΙΝΑΚΑΣ 14γ

60 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	70	71	141	37.6	38.2	75.8
ΟΧΙ	24	21	45	12.9	11.3	24.2
	94	92	186	50.5	49.5	100.0

Ακολουθήσατε πιστά την θεραπευτική αγωγή?(>60ετων)



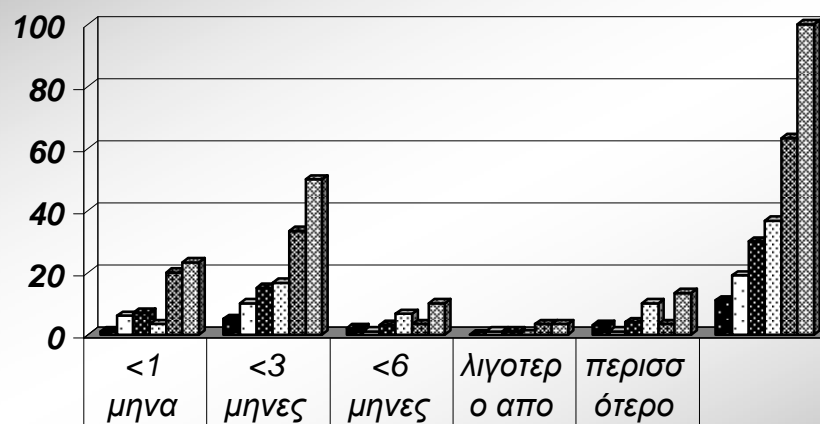
ΠΙΝΑΚΑΣ 15α

30-45 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
<1 μηνια	1	6	7	3.3	20.0	23.3
<3 μηνες	5	10	15	16.7	33.3	50.0
<6 μηνες	2	1	3	6.7	3.3	10.0
λιγότερο απο 1 χρόνο	0	1	1	0.0	3.3	3.3
περισσότερο απο 1 χρόνο	3	1	4	10.0	3.3	13.3
	11	19	30	36.7	63.3	100.0

Ακολουθήσατε πιστα την επανεξεταση στο Καρδιολογικο Ιατρειο σχετικά με την παρακολούθηση της καρδιάς σας?(30-45ετων)

ΔΕΙΓΜΑΤΑ



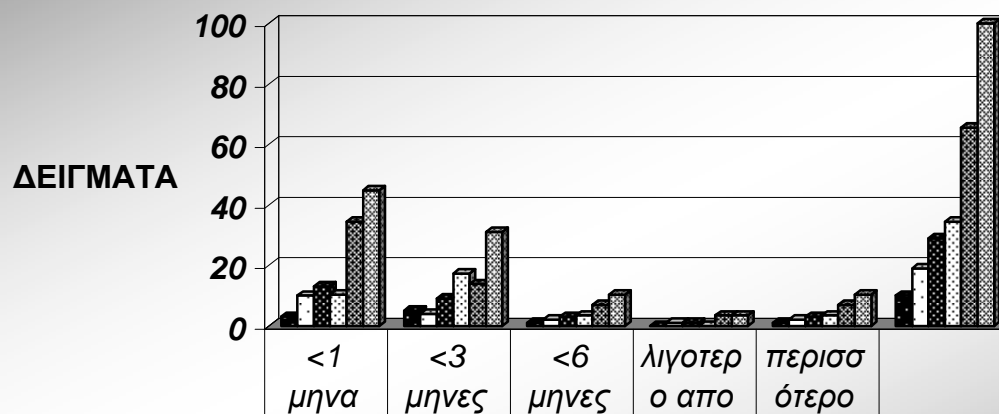
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	1	5	2	0	3	11
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	6	10	1	1	1	19
▣ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	7	15	3	1	4	30
▤ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	3.3	16.7	6.7	0.0	10.0	36.7
▥ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	20.0	33.3	3.3	3.3	3.3	63.3
▧ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)	23.3	50.0	10.0	3.3	13.3	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 15β

45-60 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
<1 μηνια	3	10	13	10.3	34.5	44.8
<3 μηνες	5	4	9	17.2	13.8	31.0
<6 μηνες	1	2	3	3.4	6.9	10.3
λιγότερο απο 1 χρόνο	0	1	1	0.0	3.4	3.4
περισσότερο απο 1 χρόνο	1	2	3	3.4	6.9	10.3
	10	19	29	34.5	65.5	100.0

Ακολουθήσατε πιστά την επανεξέταση στο Καρδιολογικό Ιατρείο σχετικά με την παρακολούθηση της καρδιάς σας? (45-60ετων)



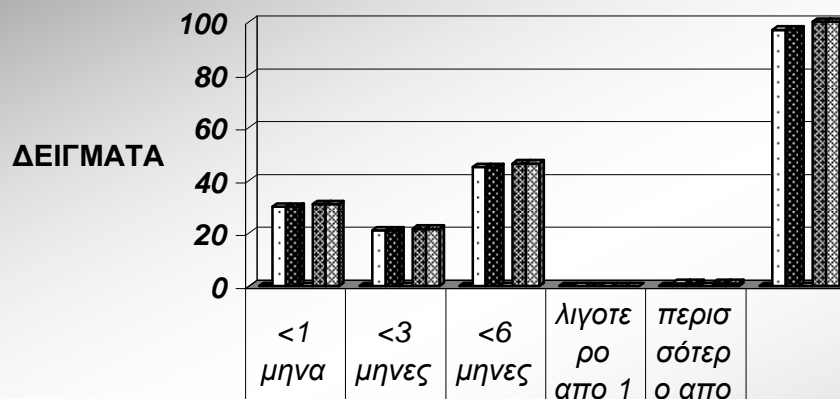
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	3	5	1	0	1	10
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	10	4	2	1	2	19
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	13	9	3	1	3	29
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	10.3	17.2	3.4	0.0	3.4	34.5
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	34.5	13.8	6.9	3.4	6.9	65.5
■ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)	44.8	31.0	10.3	3.4	10.3	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 15γ

60 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %
<1 μηνια	0	30	30	0.0	30.9	30.9
<3 μηνες	0	21	21	0.0	21.6	21.6
<6 μηνες	0	45	45	0.0	46.4	46.4
λιγότερο απο 1 χρόνο	0	0	0	0.0	0.0	0.0
περισσότερο απο 1 χρόνο	0	1	1	0.0	1.0	1.0
	0	97	97	0.0	100.0	100.0

Ακολουθήσατε πιστά την επανεξέταση στο Καρδιολογικό Ιατρείο σχετικά με την παρακολούθηση της καρδιάς σας? (>60ετων)



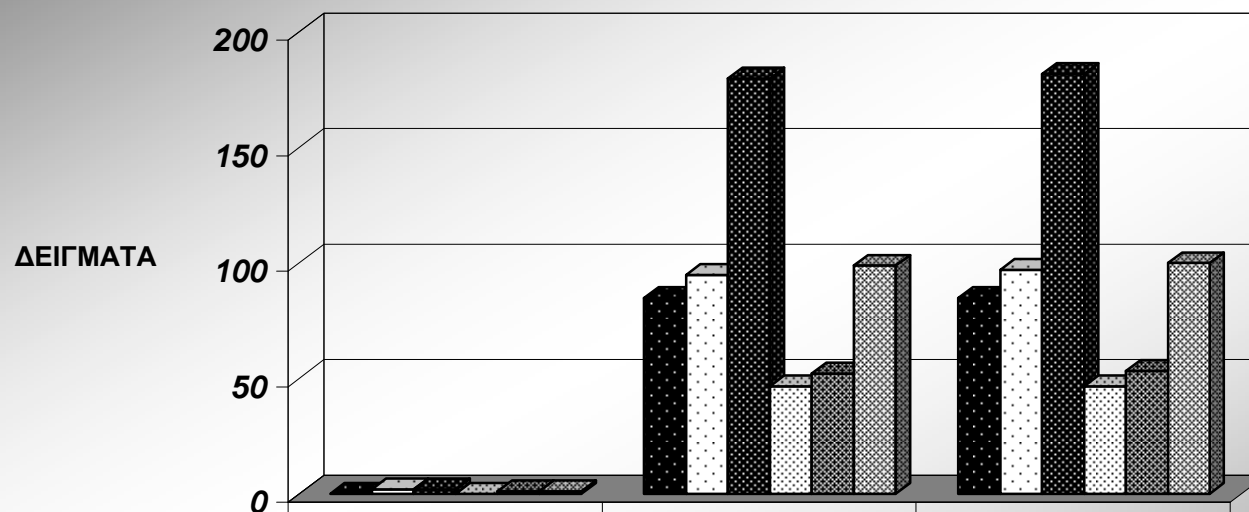
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	0	0	0	0	0	0
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	30	21	45	0	1	97
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	30	21	45	0	1	97
□ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	30.9	21.6	46.4	0.0	1.0	100.0
■ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %	30.9	21.6	46.4	0.0	1.0	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 16α

30-45 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	0	2	2	0.0	1.1	1.1
ΟΧΙ	85	95	180	46.7	52.2	98.9
	85	97	182	46.7	53.3	100.0

Έχετε Μυοκαρδιοπάθεια?(30-45ετων)



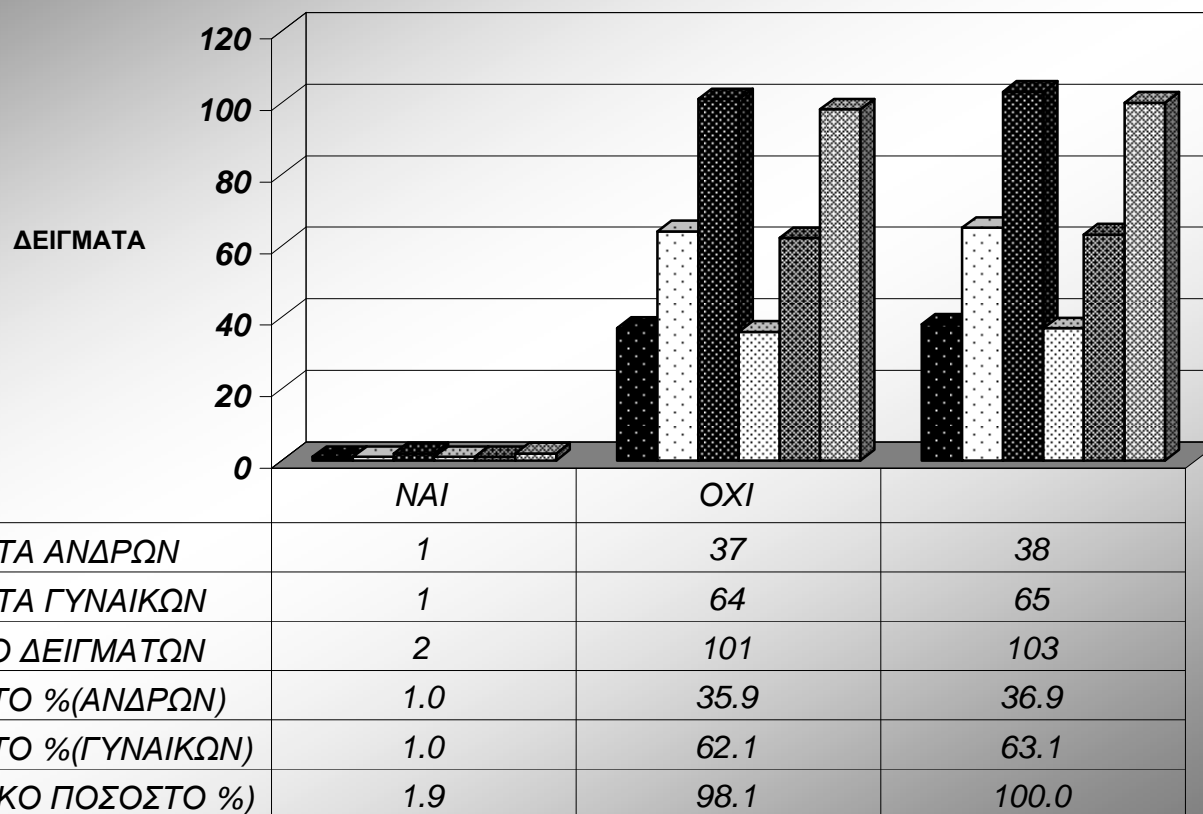
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	0	85	85
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	2	95	97
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	2	180	182
▣ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	0.0	46.7	46.7
▣ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	1.1	52.2	53.3
▣ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)	1.1	98.9	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 16β

45-60 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	1	1	2	1.0	1.0	1.9
ΟΧΙ	37	64	101	35.9	62.1	98.1
	38	65	103	36.9	63.1	100.0

Έχετε Μυοκαρδιοπάθεια?(45-60ετων)

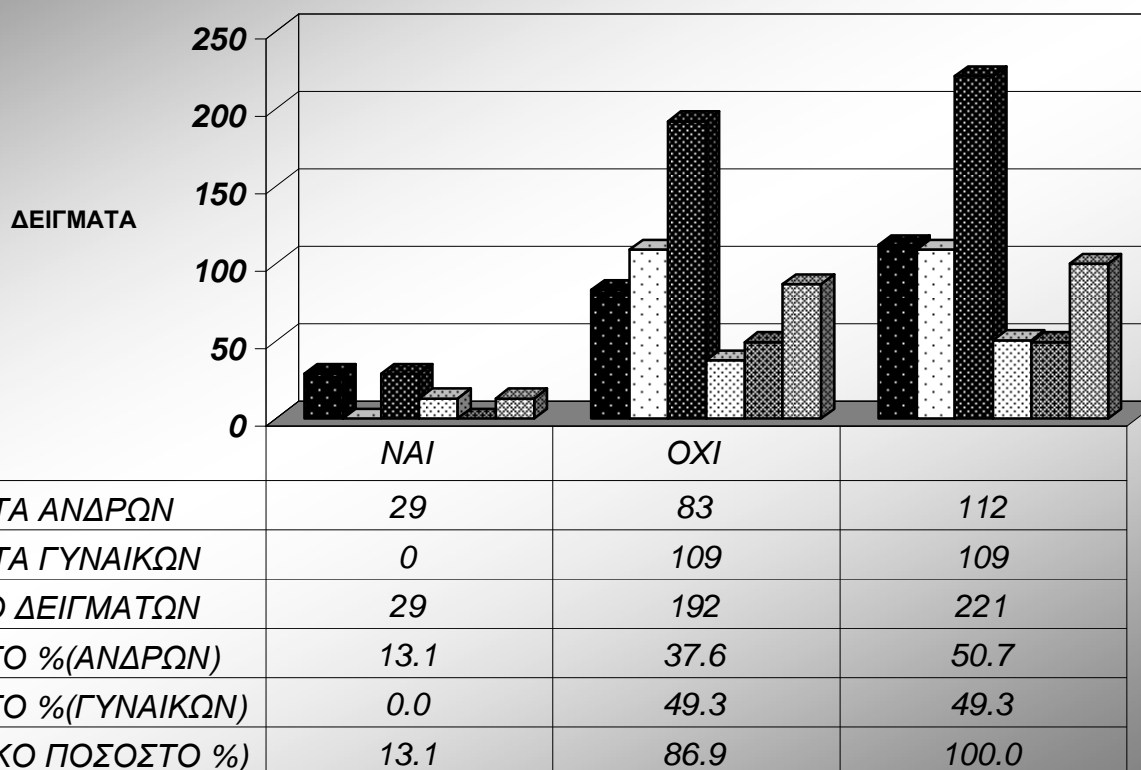


ΠΙΝΑΚΑΣ 16γ

60 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	29	0	29	13.1	0.0	13.1
ΟΧΙ	83	109	192	37.6	49.3	86.9
	112	109	221	50.7	49.3	100.0

Έχετε Μυοκαρδιοπάθεια(>60ετων)

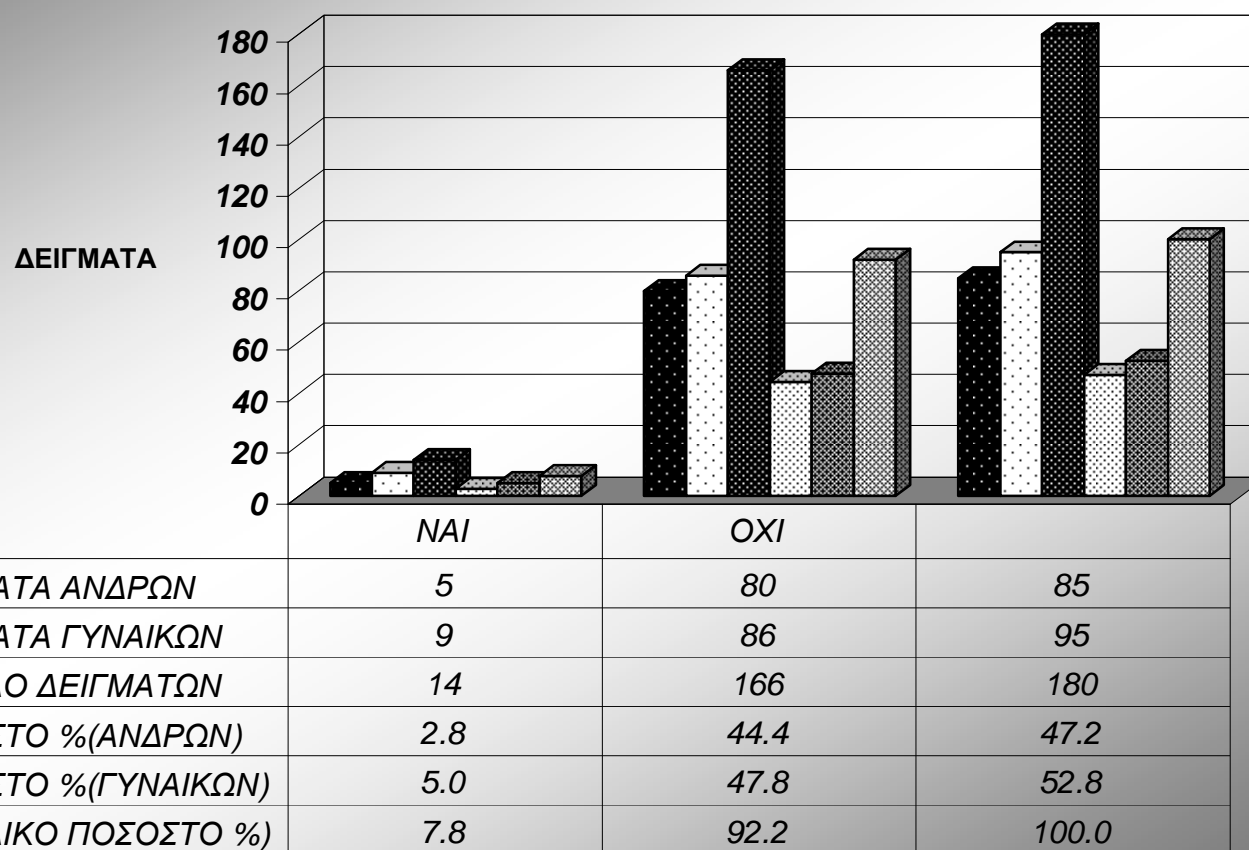


ΠΙΝΑΚΑΣ 17α

30-45 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	5	9	14	2.8	5.0	7.8
ΟΧΙ	80	86	166	44.4	47.8	92.2
	85	95	180	47.2	52.8	100.0

Έχετε Καρδιακή Ανεπάρκεια?(30-45ετων)

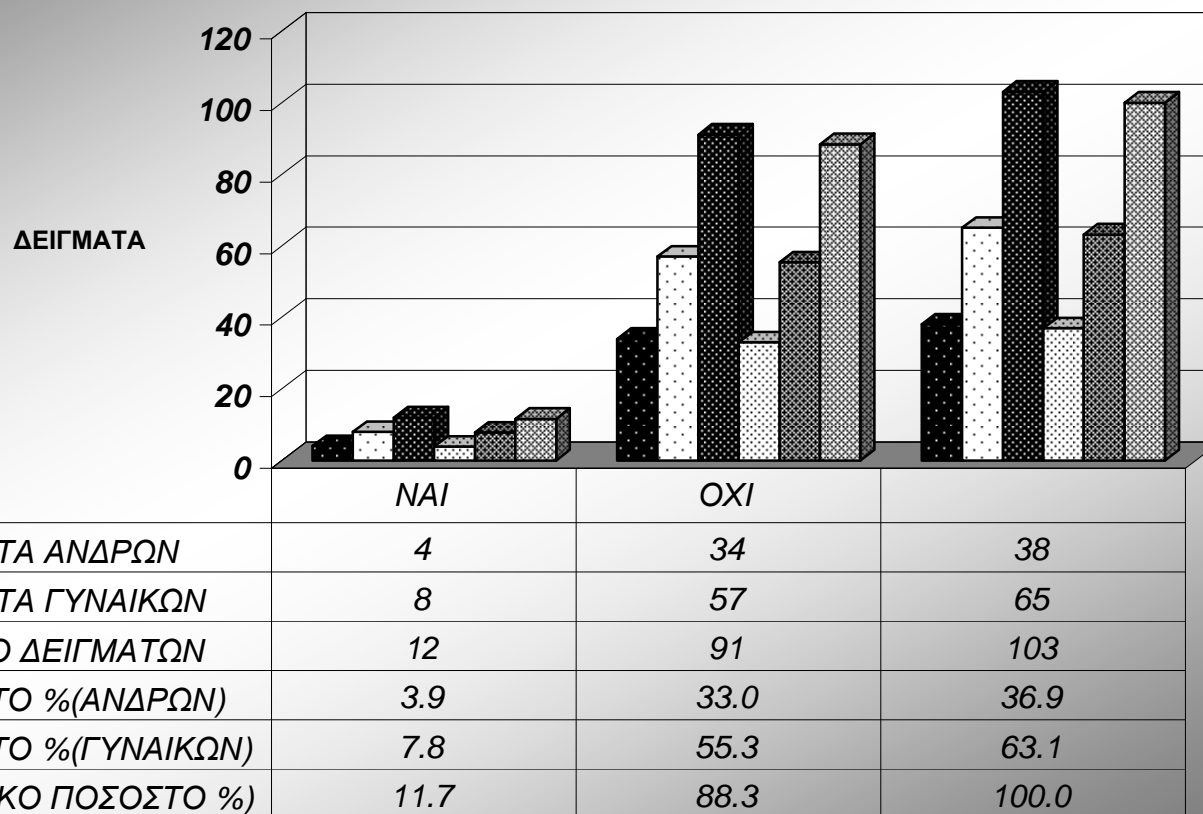


ΠΙΝΑΚΑΣ 17β

45-60 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	4	8	12	3.9	7.8	11.7
ΟΧΙ	34	57	91	33.0	55.3	88.3
	38	65	103	36.9	63.1	100.0

Έχετε Καρδιακή Ανεπάρκεια?(45-60ετων)

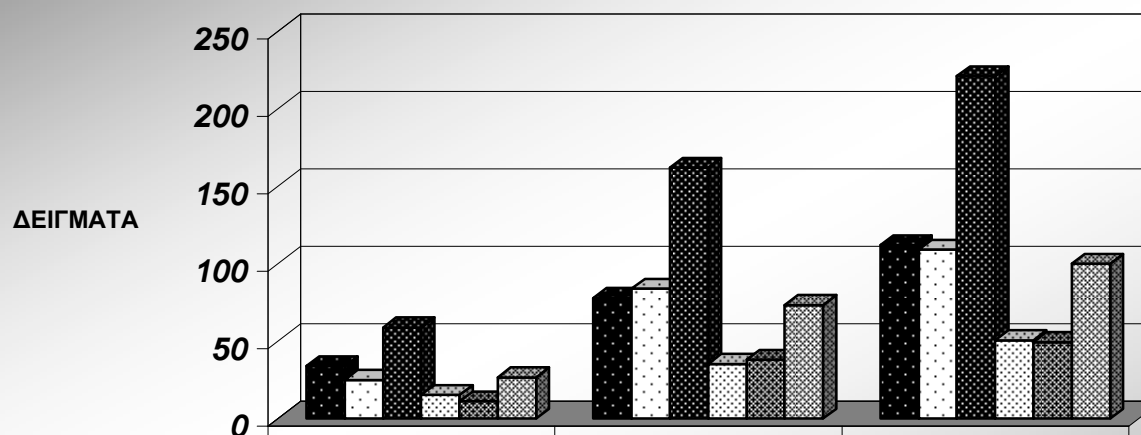


ΠΙΝΑΚΑΣ 17γ

60 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	34	25	59	15.4	11.3	26.7
ΟΧΙ	78	84	162	35.3	38.0	73.3
	112	109	221	50.7	49.3	100.0

Έχετε Καρδιακή Ανεπάρκεια(>60ετων)

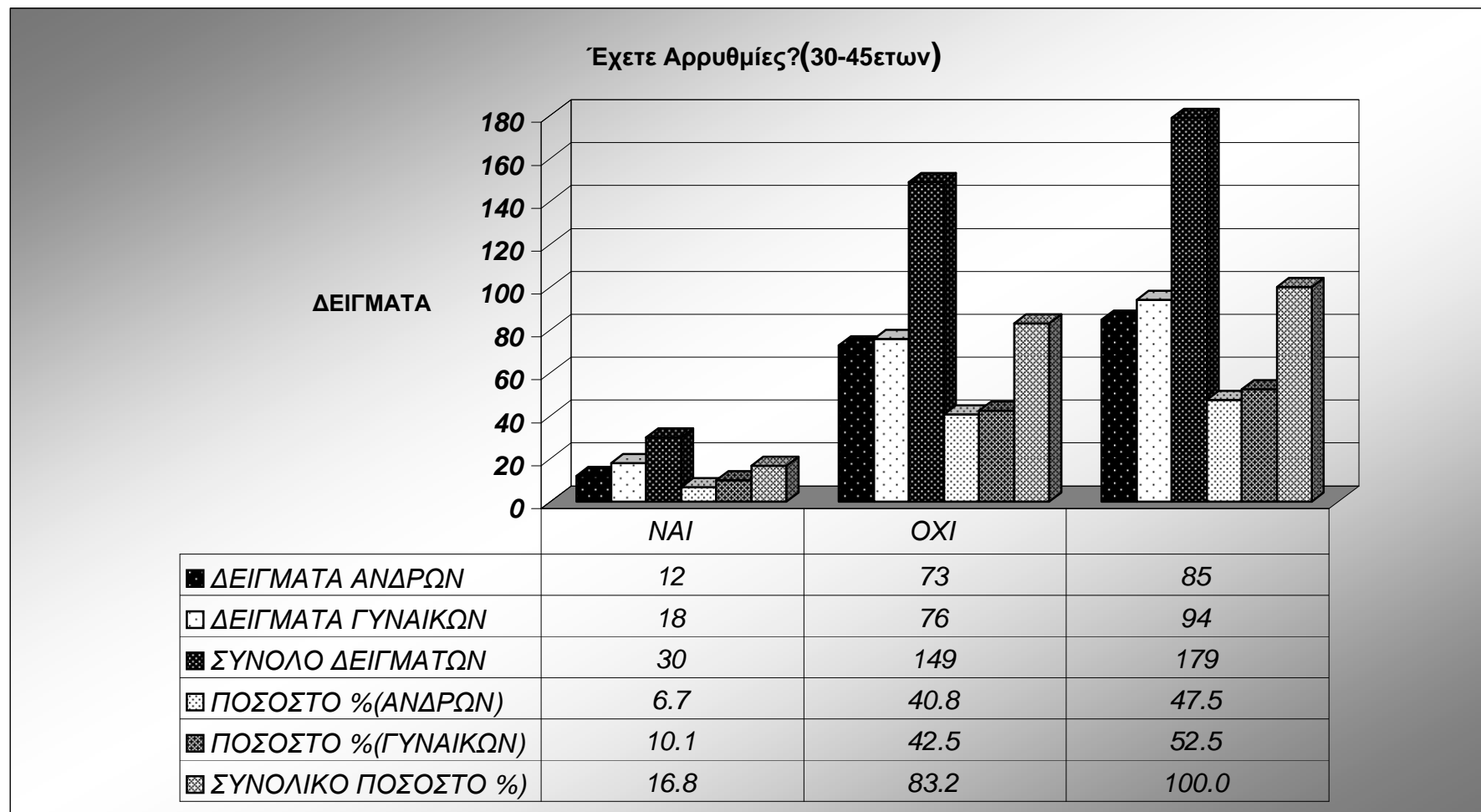


	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	34	78	112
▤ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	25	84	109
▨ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	59	162	221
▧ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	15.4	35.3	50.7
▩ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	11.3	38.0	49.3
▦ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)	26.7	73.3	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 18α

30-45 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	12	18	30	6.7	10.1	16.8
ΟΧΙ	73	76	149	40.8	42.5	83.2
	85	94	179	47.5	52.5	100.0



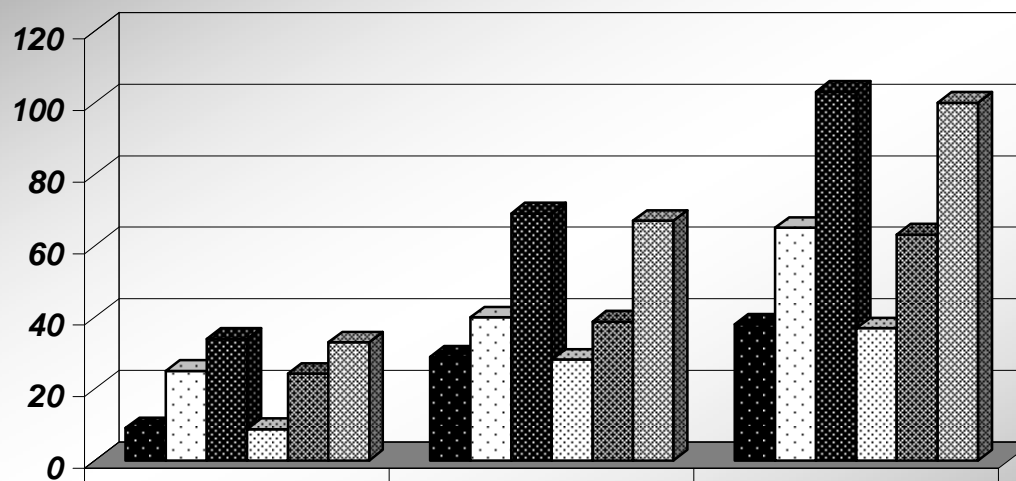
ΠΙΝΑΚΑΣ 18β

45-60 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	9	25	34	8.7	24.3	33.0
ΟΧΙ	29	40	69	28.2	38.8	67.0
	38	65	103	36.9	63.1	100.0

Έχετε Αρρυθμίες?(45-60ετων)

ΔΕΙΓΜΑΤΑ



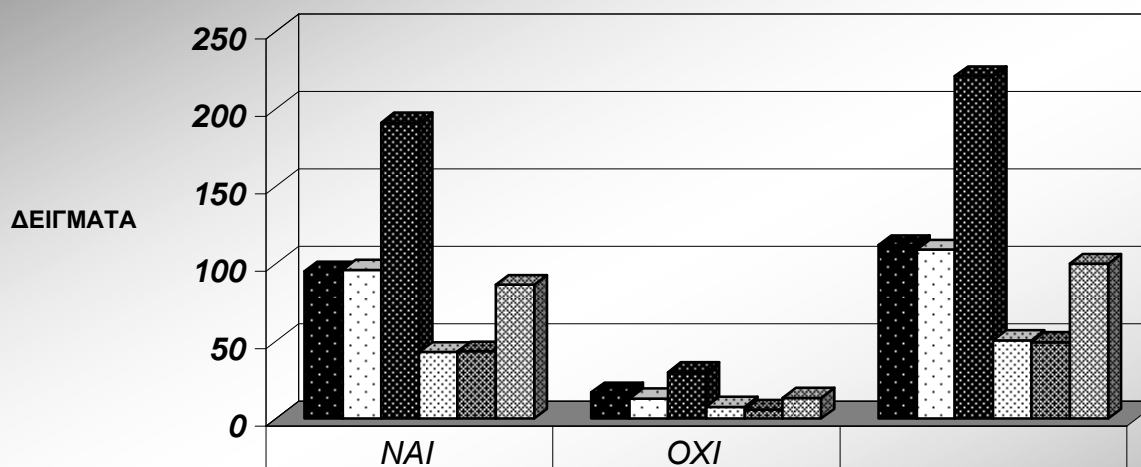
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	9	29	38
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	25	40	65
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	34	69	103
□ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	8.7	28.2	36.9
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	24.3	38.8	63.1
■ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %	33.0	67.0	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 18γ

60 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	95	96	191	43.0	43.4	86.4
ΟΧΙ	17	13	30	7.7	5.9	13.6
	112	109	221	50.7	49.3	100.0

Έχετε Αρρυθμίες(>60ετων)



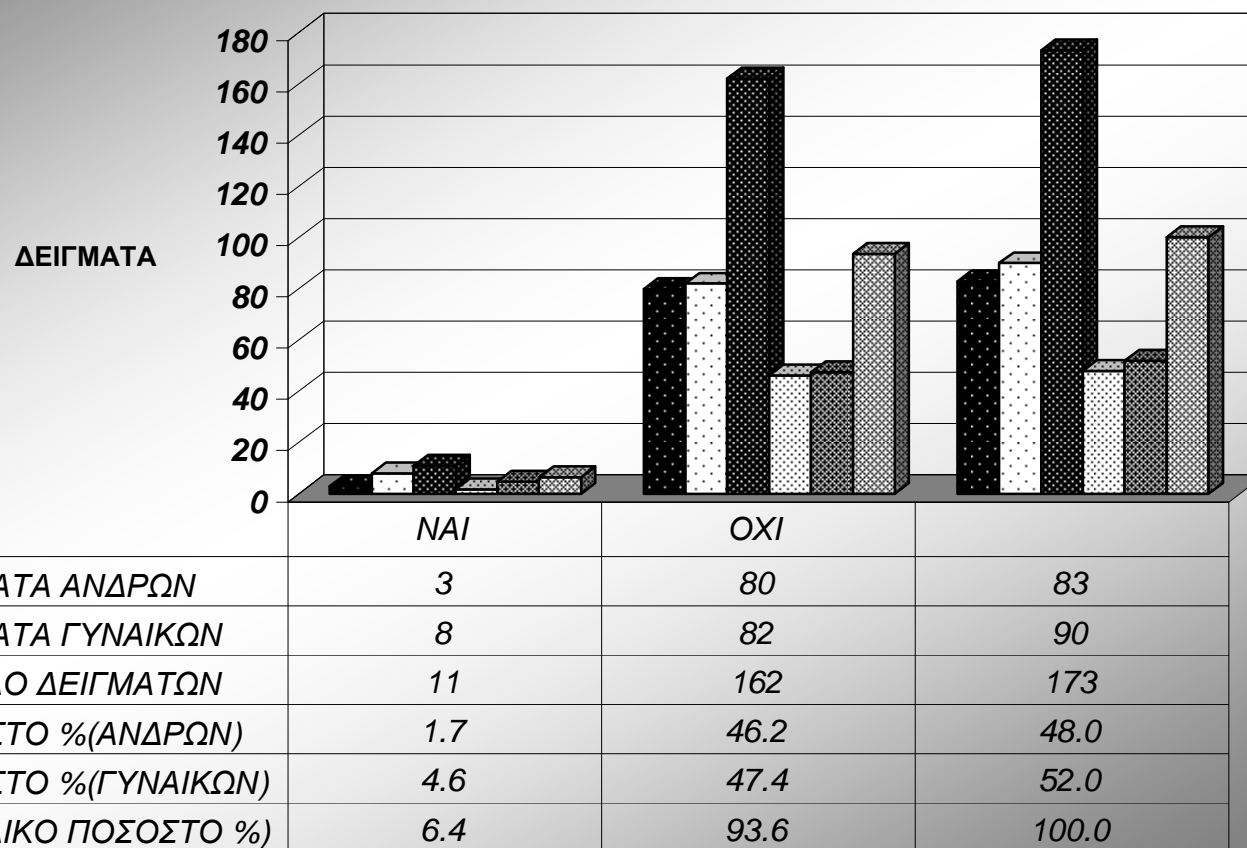
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Σύνολο
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	95	17	112
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	96	13	109
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	191	30	221
□ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	43.0	7.7	50.7
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	43.4	5.9	49.3
■ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)	86.4	13.6	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 19α

30-45 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	3	8	11	1.7	4.6	6.4
ΟΧΙ	80	82	162	46.2	47.4	93.6
	83	90	173	48.0	52.0	100.0

Έχετε Φύσημα Καρδιάς?(30-45ετων)



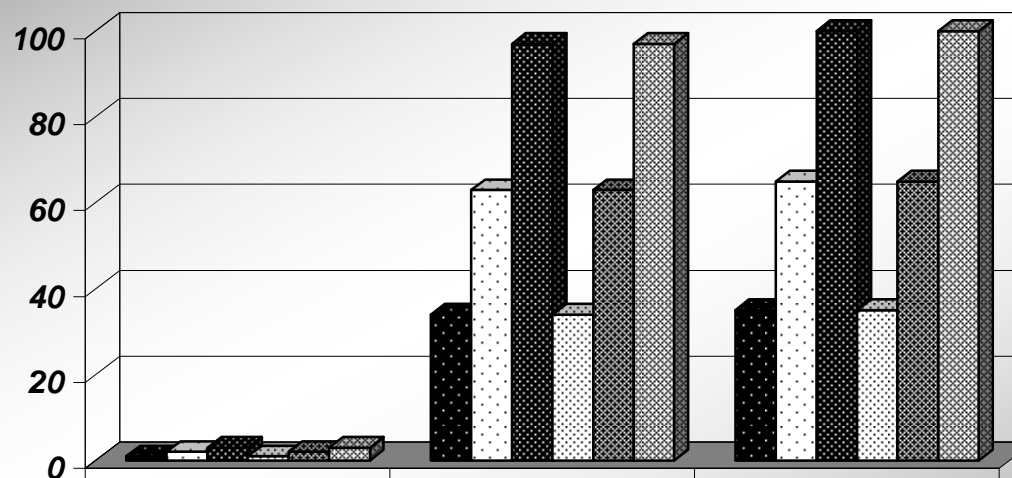
ΠΙΝΑΚΑΣ 19β

45-60 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	1	2	3	1.0	2.0	3.0
ΟΧΙ	34	63	97	34.0	63.0	97.0
	35	65	100	35.0	65.0	100.0

Έχετε Φύσημα Καρδιάς?(45-60ετων)

ΔΕΙΓΜΑΤΑ



■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	1	34	35
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	2	63	65
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	3	97	100
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	1.0	34.0	35.0
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	2.0	63.0	65.0
■ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %	3.0	97.0	100.0

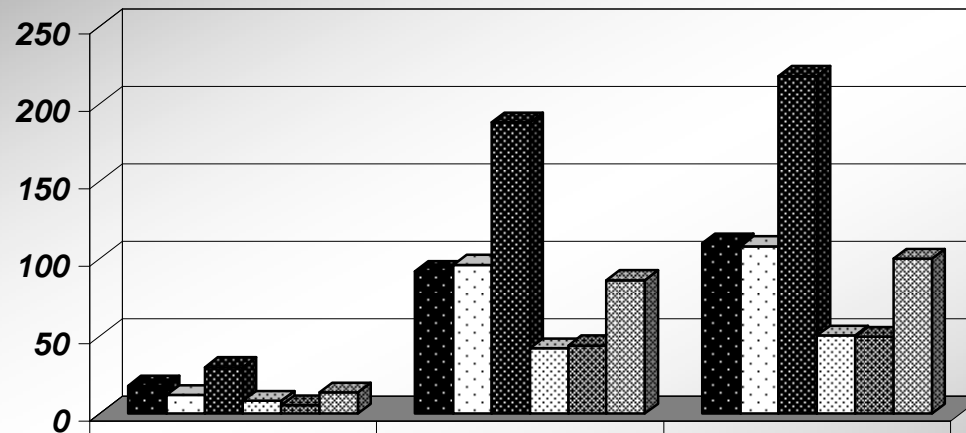
ΠΙΝΑΚΑΣ 19γ

60 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	18	12	30	8.3	5.5	13.8
ΟΧΙ	92	96	188	42.2	44.0	86.2
	110	108	218	50.5	49.5	100.0

Έχετε Φύσημα Καρδιάς(>60ετων)

ΔΕΙΓΜΑΤΑ



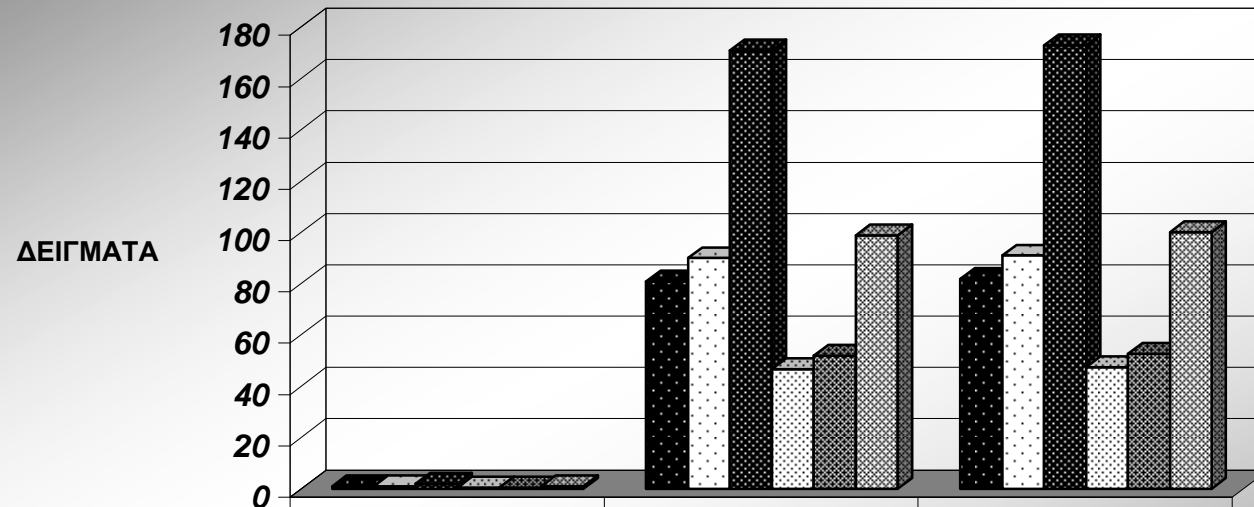
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	18	92	110
▤ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	12	96	108
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	30	188	218
▤ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	8.3	42.2	50.5
▤ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	5.5	44.0	49.5
▤ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)	13.8	86.2	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 20α

30-45 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	1	1	2	0.6	0.6	1.2
ΟΧΙ	81	90	171	46.8	52.0	98.8
	82	91	173	47.4	52.6	100.0

Έχετε Βαβλιδοπάθεια?(30-45ετων)



	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	1	81	82
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	1	90	91
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	2	171	173
▣ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	0.6	46.8	47.4
▣ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	0.6	52.0	52.6
▣ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)	1.2	98.8	100.0

ΔΕΙΓΜΑΤΑ

ΝΑΙ

ΟΧΙ

■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ

□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ

▣ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)

▣ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)

▣ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)

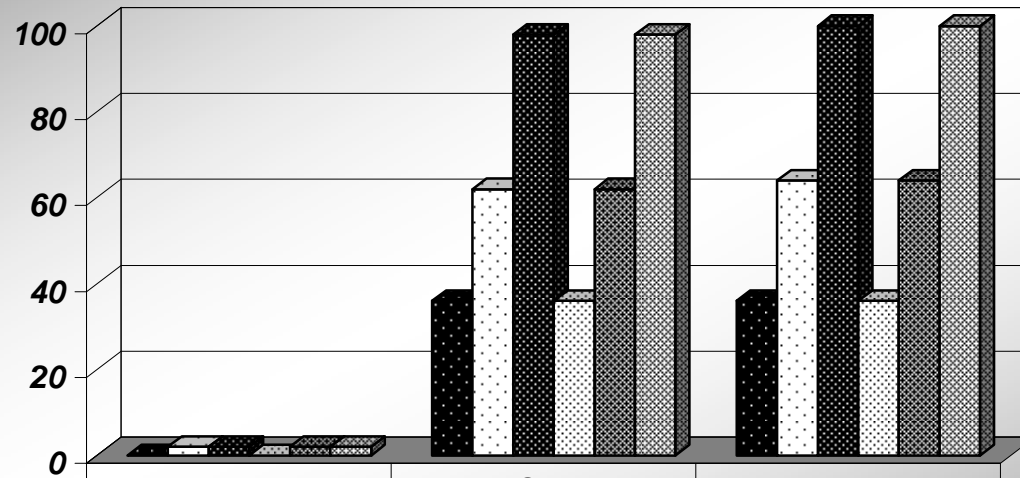
ΠΙΝΑΚΑΣ 20β

45-60 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	0	2	2	0.0	2.0	2.0
ΟΧΙ	36	62	98	36.0	62.0	98.0
	36	64	100	36.0	64.0	100.0

Έχετε Βαβλιδοπάθεια?(45-60ετων)

ΔΕΙΓΜΑΤΑ



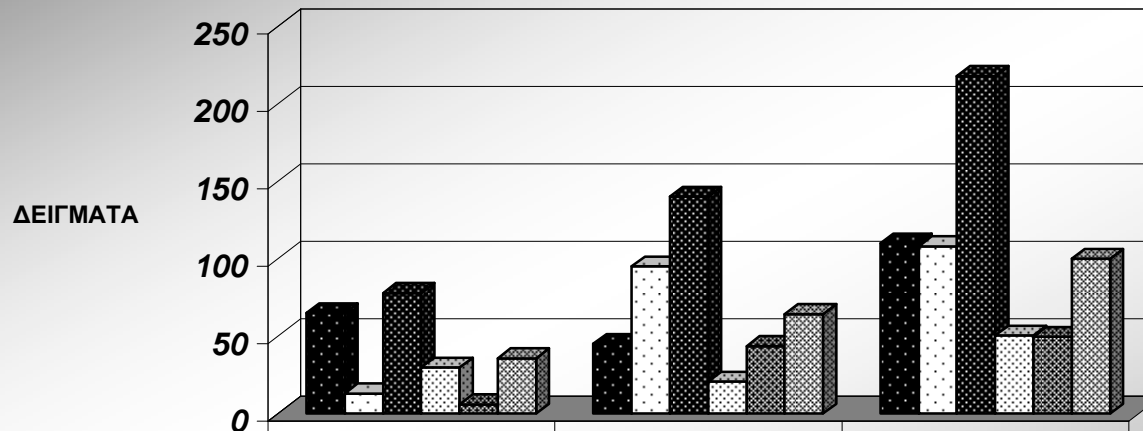
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	0	36	36
▣ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	2	62	64
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	2	98	100
▣ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	0.0	36.0	36.0
▣ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	2.0	62.0	64.0
▣ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %	2.0	98.0	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 20γ

60 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	65	13	78	29.8	6.0	35.8
ΟΧΙ	45	95	140	20.6	43.6	64.2
	110	108	218	50.5	49.5	100.0

Έχετε Βαβλιδοπάθεια?(>60ετων)



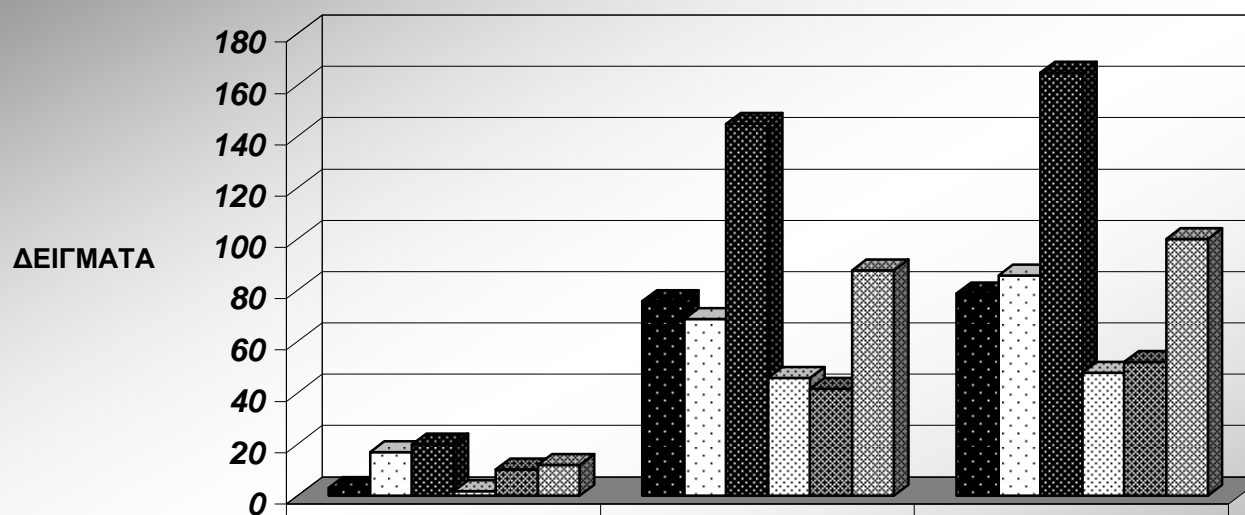
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	65	45	110
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	13	95	108
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	78	140	218
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	29.8	20.6	50.5
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	6.0	43.6	49.5
■ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)	35.8	64.2	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 21α

30-45 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	3	17	20	1.8	10.3	12.1
ΟΧΙ	76	69	145	46.1	41.8	87.9
	79	86	165	47.9	52.1	100.0

Έχετε Χαμηλή Πίεση?(30-45ετων)



	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	3	76	79
▣ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	17	69	86
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	20	145	165
▣ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	1.8	46.1	47.9
▣ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	10.3	41.8	52.1
▣ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)	12.1	87.9	100.0

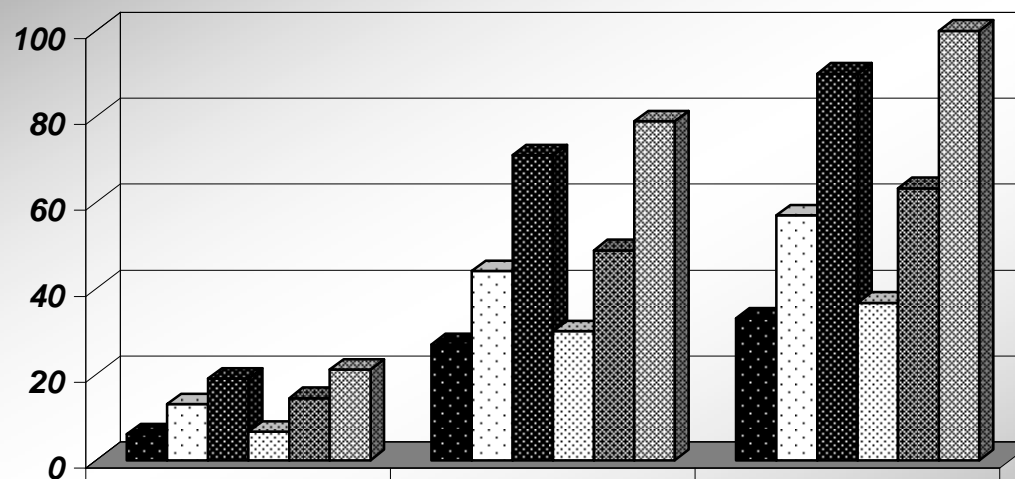
ΠΙΝΑΚΑΣ 21β

45-60 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	6	13	19	6.7	14.4	21.1
ΟΧΙ	27	44	71	30.0	48.9	78.9
	33	57	90	36.7	63.3	100.0

Έχετε Χαμηλή Πίεση?(45-60ετων)

ΔΕΙΓΜΑΤΑ



	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	6	27	33
▣ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	13	44	57
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	19	71	90
▣ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	6.7	30.0	36.7
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	14.4	48.9	63.3
▣ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %	21.1	78.9	100.0

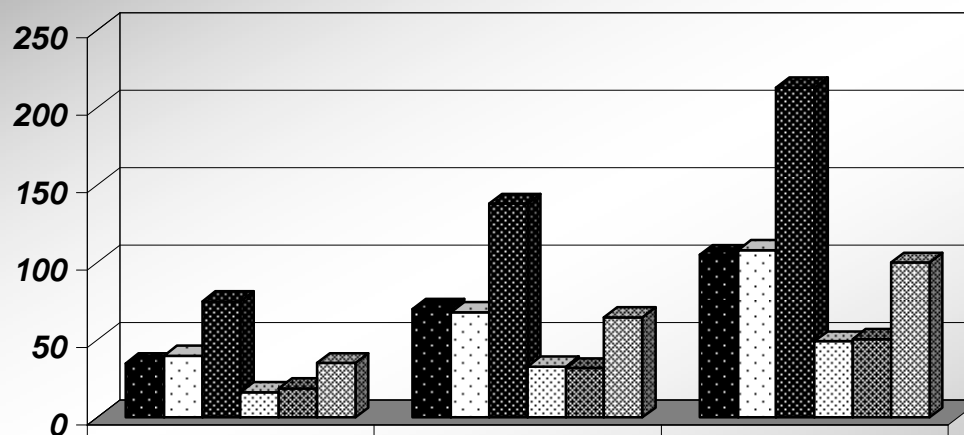
ΠΙΝΑΚΑΣ 21γ

60 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	35	40	75	16.4	18.8	35.2
ΟΧΙ	70	68	138	32.9	31.9	64.8
	105	108	213	49.3	50.7	100.0

Έχετε Χαμηλή Πίεση?(>60ετων)

ΔΕΙΓΜΑΤΑ



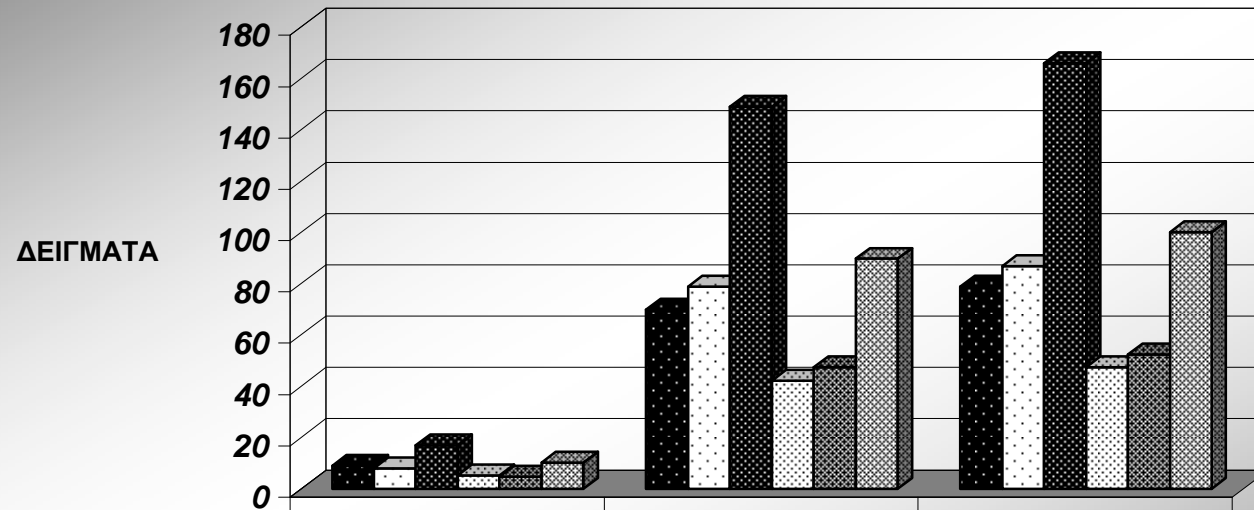
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	35	70	105
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	40	68	108
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	75	138	213
□ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	16.4	32.9	49.3
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	18.8	31.9	50.7
□ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)	35.2	64.8	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 22α

30-45 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	9	8	17	5.4	4.8	10.2
ΟΧΙ	70	79	149	42.2	47.6	89.8
	79	87	166	47.6	52.4	100.0

Έχετε Υψηλή Πίεση?(30-45ετων)



	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	9	70	79
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	8	79	87
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	17	149	166
▣ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	5.4	42.2	47.6
▣ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	4.8	47.6	52.4
▣ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)	10.2	89.8	100.0

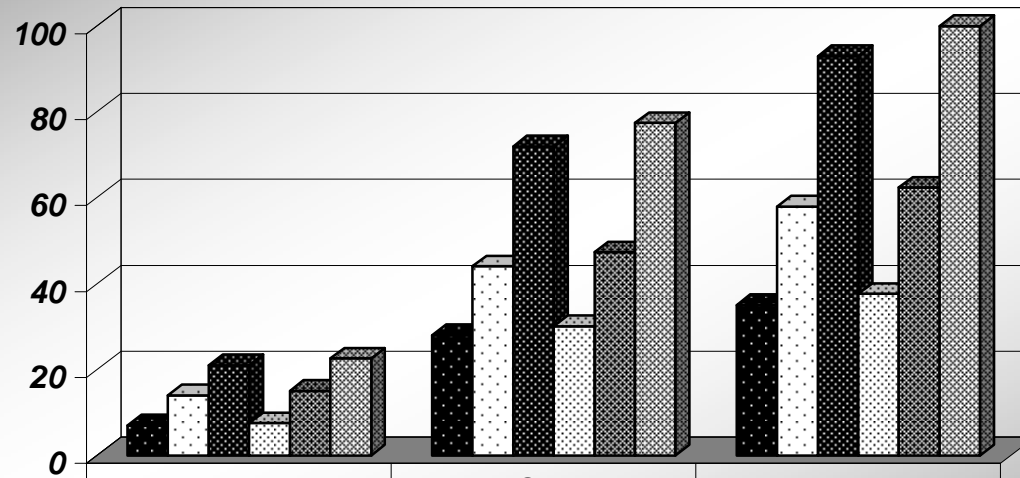
ΠΙΝΑΚΑΣ 22β

45-60 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	7	14	21	7.5	15.1	22.6
ΟΧΙ	28	44	72	30.1	47.3	77.4
	35	58	93	37.6	62.4	100.0

Έχετε Υψηλή Πίεση?(45-60ετων)

ΔΕΙΓΜΑΤΑ



■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	7	28	35
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	14	44	58
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	21	72	93
□ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	7.5	30.1	37.6
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	15.1	47.3	62.4
■ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %	22.6	77.4	100.0

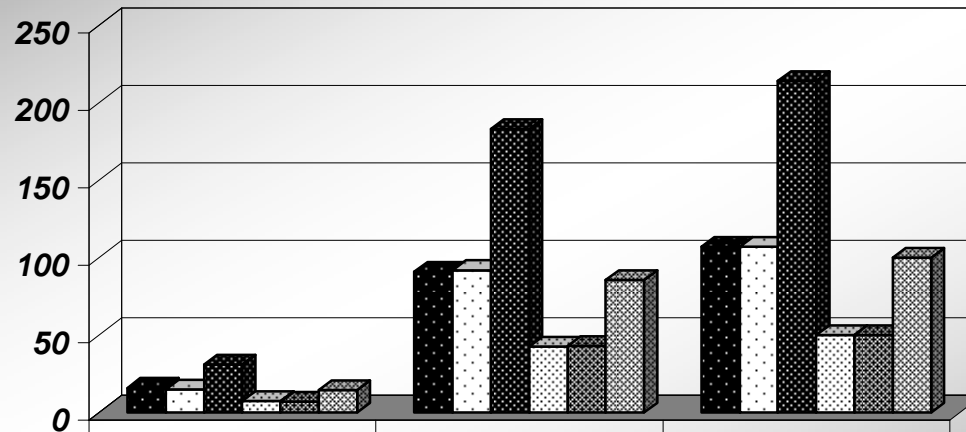
ΠΙΝΑΚΑΣ 22γ

60 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	16	15	31	7.5	7.0	14.5
ΟΧΙ	91	92	183	42.5	43.0	85.5
	107	107	214	50.0	50.0	100.0

Έχετε Υψηλή Πίεση? (>60ετων)

ΔΕΙΓΜΑΤΑ

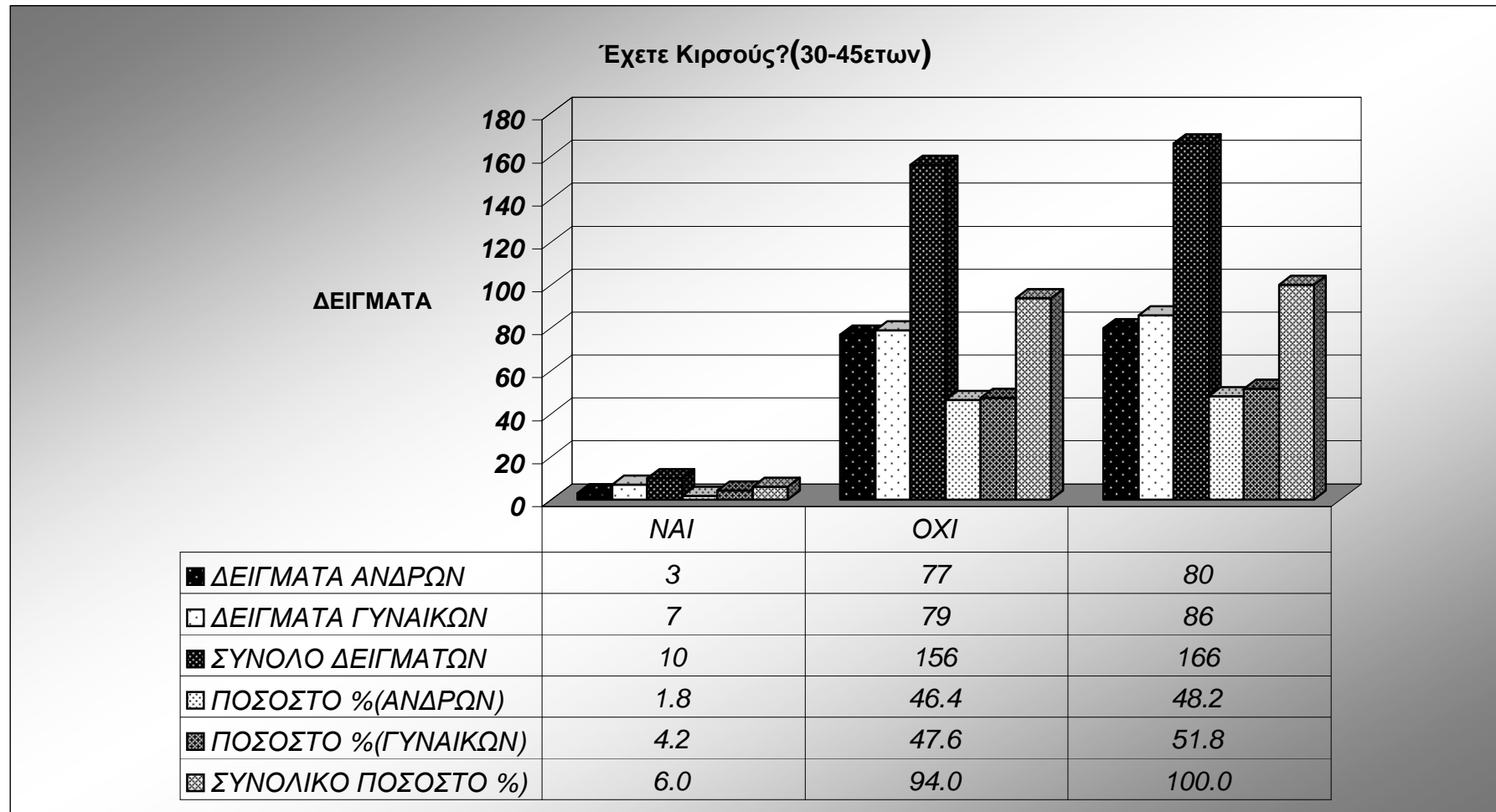


	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	16	91	107
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	15	92	107
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	31	183	214
□ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	7.5	42.5	50.0
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	7.0	43.0	50.0
■ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)	14.5	85.5	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 23α

30-45 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	3	7	10	1.8	4.2	6.0
ΟΧΙ	77	79	156	46.4	47.6	94.0
	80	86	166	48.2	51.8	100.0



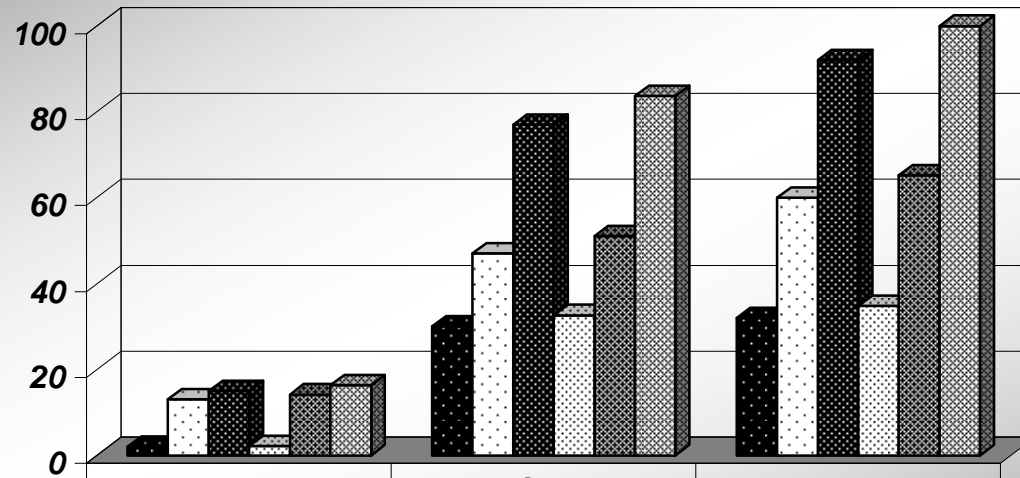
ΠΙΝΑΚΑΣ 23β

45-60 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	2	13	15	2.2	14.1	16.3
ΟΧΙ	30	47	77	32.6	51.1	83.7
	32	60	92	34.8	65.2	100.0

Έχετε Κιρσούς?(45-60ετων)

ΔΕΙΓΜΑΤΑ



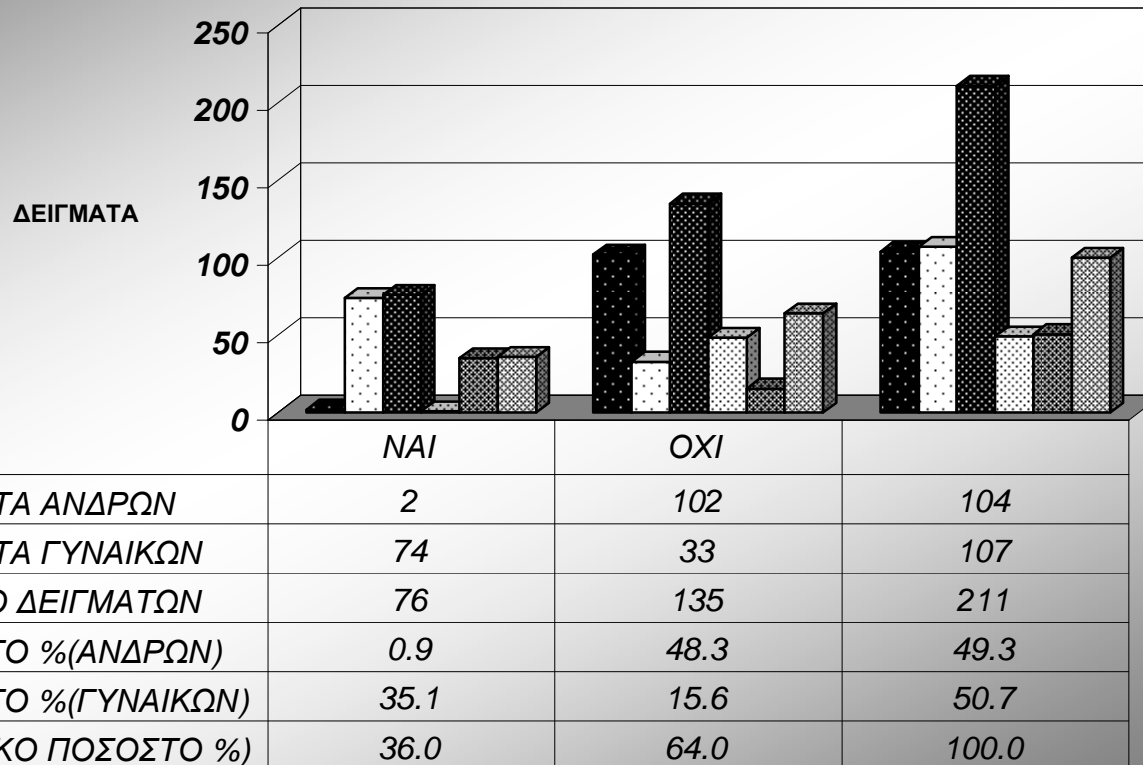
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	2	30	32
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	13	47	60
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	15	77	92
□ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	2.2	32.6	34.8
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	14.1	51.1	65.2
■ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %	16.3	83.7	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 23γ

60 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	2	74	76	0.9	35.1	36.0
ΟΧΙ	102	33	135	48.3	15.6	64.0
	104	107	211	49.3	50.7	100.0

Έχετε Κιρσούς?(>60ετων)



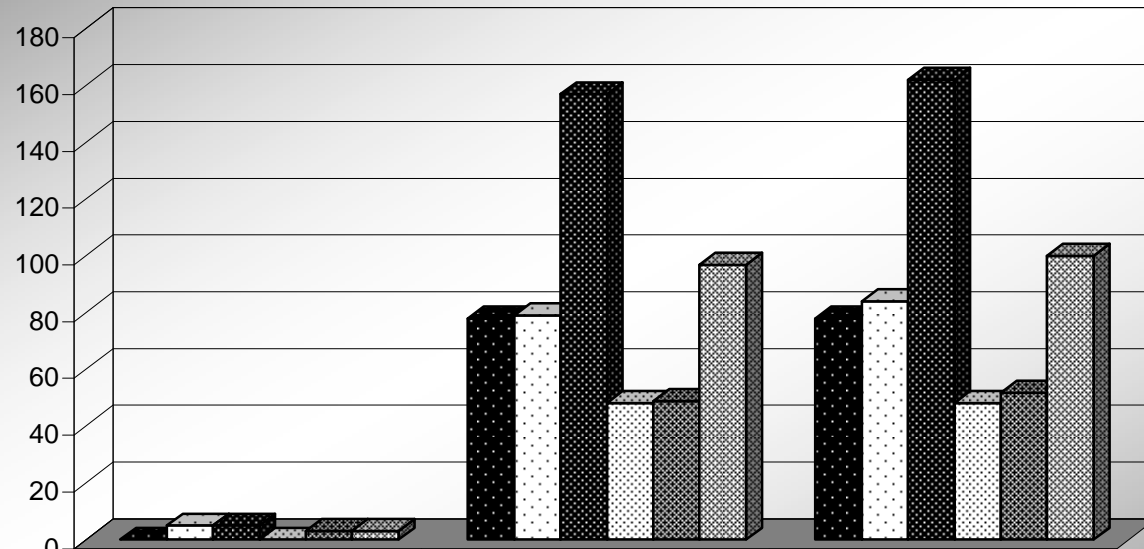
ΠΙΝΑΚΑΣ 24α

30-45 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	0	5	5	0.0	3.1	3.1
ΟΧΙ	78	79	157	48.1	48.8	96.9
	78	84	162	48.1	51.9	100.0

Έχετε Θρομβοφλεβίτιδα?(30-45ετων)

ΔΕΙΓΜΑΤΑ



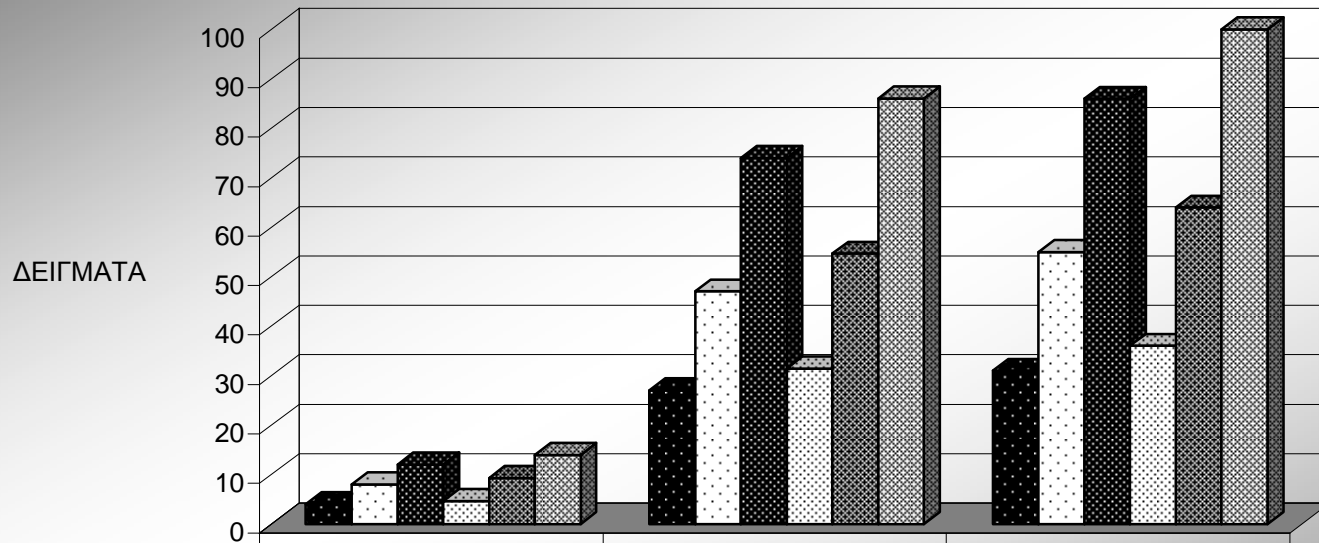
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	0	78	78
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	5	79	84
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	5	157	162
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	0.0	48.1	48.1
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	3.1	48.8	51.9
■ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)	3.1	96.9	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 24β

45-60 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	4	8	12	4.7	9.3	14.0
ΟΧΙ	27	47	74	31.4	54.7	86.0
	31	55	86	36.0	64.0	100.0

Έχετε θρομβοφλεβίτιδα?(45-60ετων)

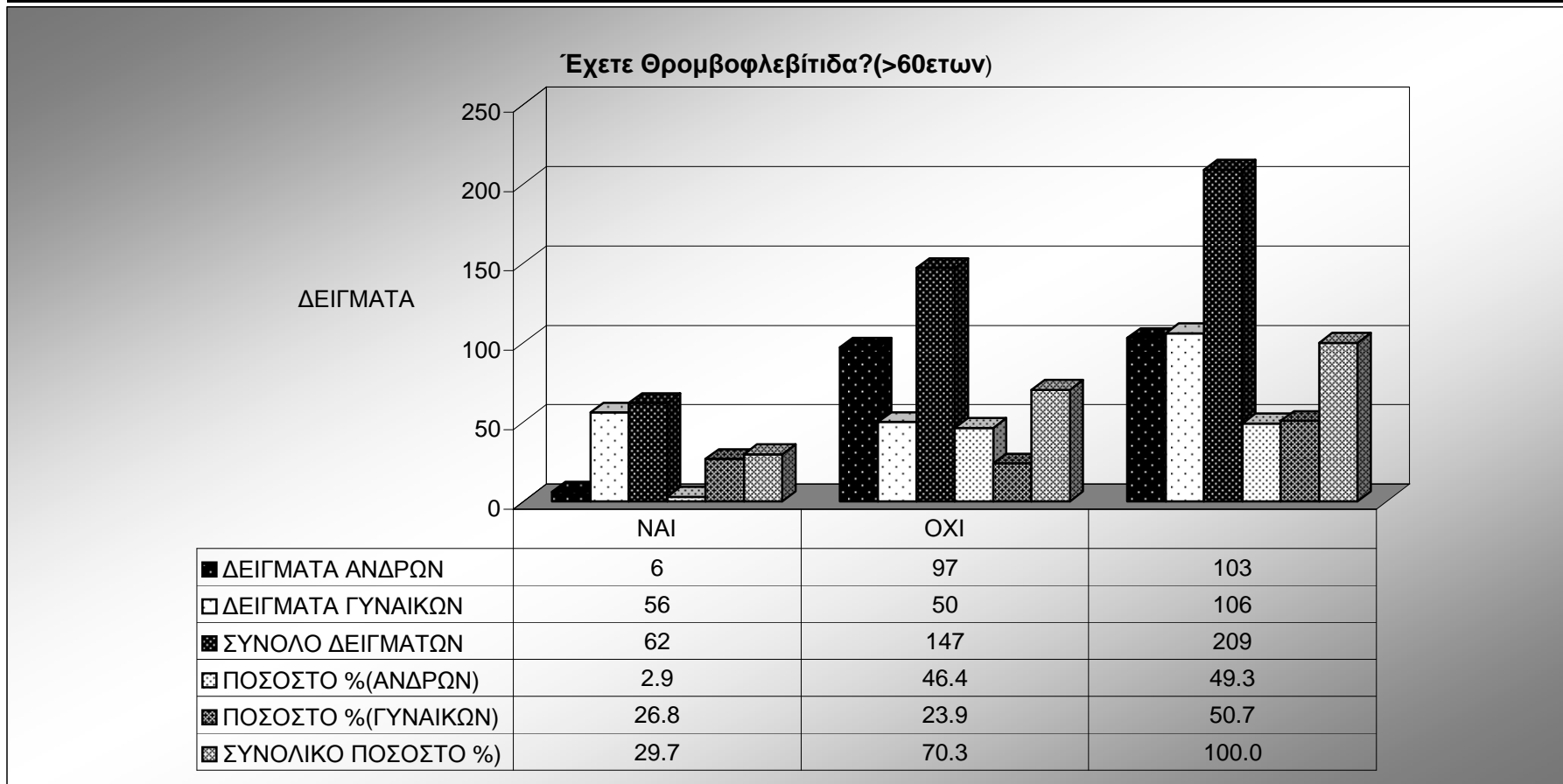


	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	4	27	31
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	8	47	55
▣ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	12	74	86
▤ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	4.7	31.4	36.0
▥ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	9.3	54.7	64.0
▧ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %	14.0	86.0	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 24γ

60 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ

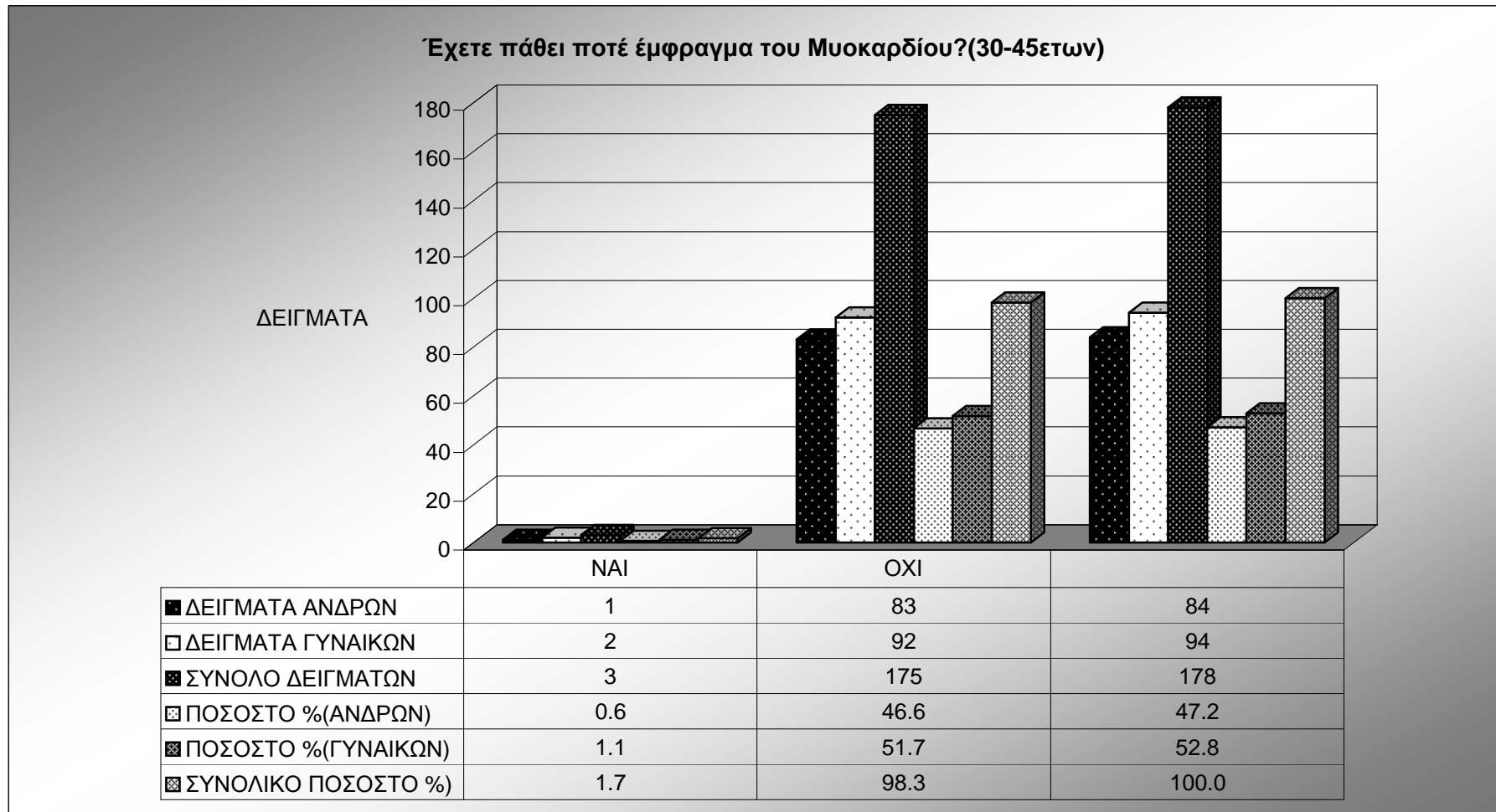
	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	6	56	62	2.9	26.8	29.7
ΟΧΙ	97	50	147	46.4	23.9	70.3
	103	106	209	49.3	50.7	100.0



ΠΙΝΑΚΑΣ 25α

30-45 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	1	2	3	0.6	1.1	1.7
ΟΧΙ	83	92	175	46.6	51.7	98.3
	84	94	178	47.2	52.8	100.0

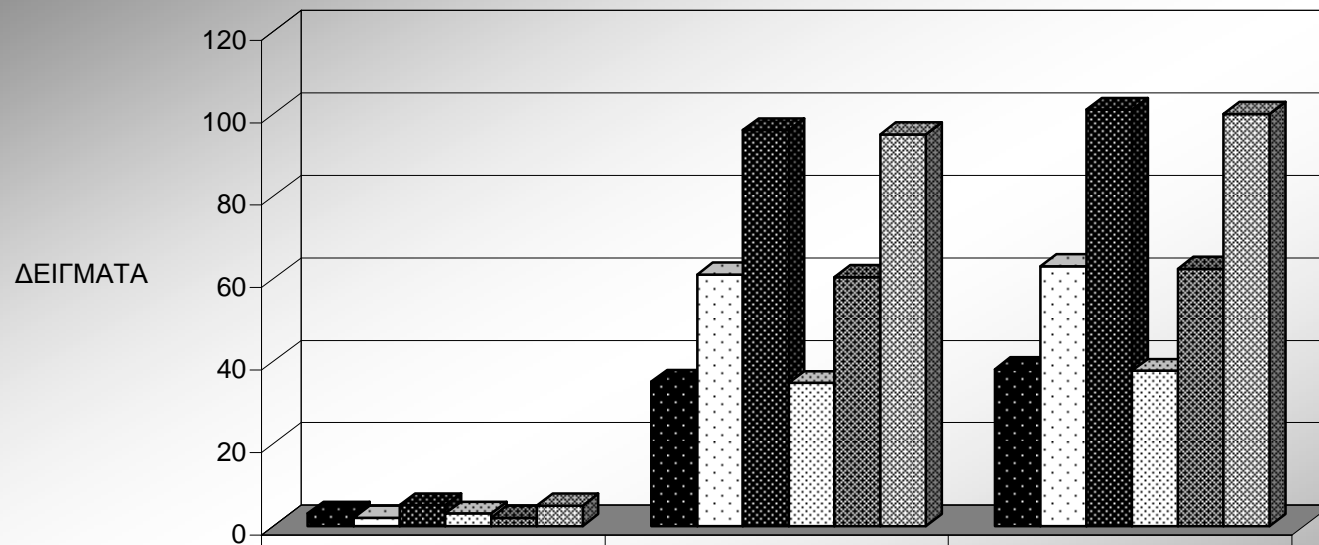


ΠΙΝΑΚΑΣ 25β

45-60 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	3	2	5	3.0	2.0	5.0
ΟΧΙ	35	61	96	34.7	60.4	95.0
	38	63	101	37.6	62.4	100.0

Έχετε πάθει ποτέ έμφραγμα του Μυοκαρδίου?(45-60ετων)



	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	3	35	38
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	2	61	63
▨ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	5	96	101
▩ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	3.0	34.7	37.6
▩ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	2.0	60.4	62.4
▩ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %	5.0	95.0	100.0

ΔΕΙΓΜΑΤΑ

ΝΑΙ

ΟΧΙ

38

63

101

37.6

62.4

100.0

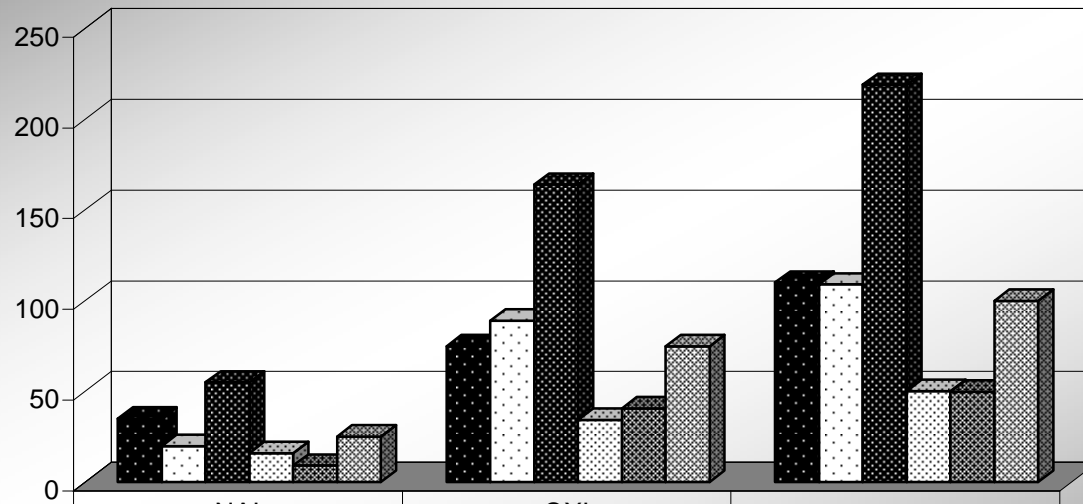
ΠΙΝΑΚΑΣ 25γ

60 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	35	20	55	16.0	9.1	25.1
ΟΧΙ	75	89	164	34.2	40.6	74.9
	110	109	219	50.2	49.8	100.0

Έχετε πάθει ποτέ έμφραγμα του Μυοκαρδίου?(>60ετων)

ΔΕΙΓΜΑΤΑ



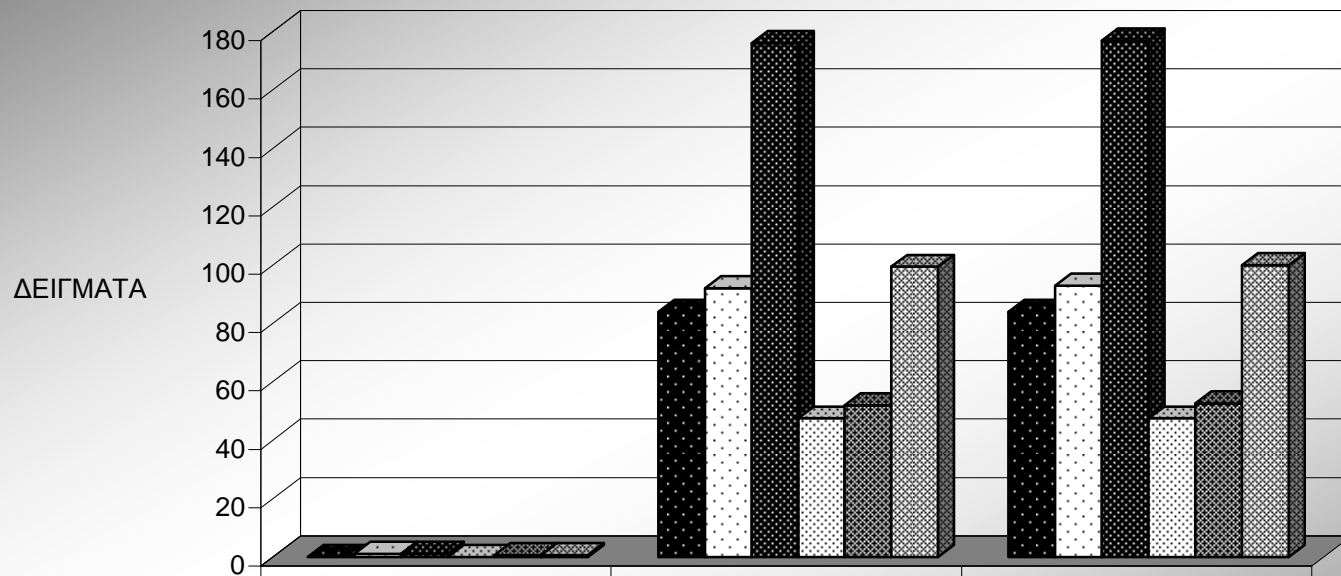
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	35	75	110
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	20	89	109
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	55	164	219
▣ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	16.0	34.2	50.2
▣ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	9.1	40.6	49.8
▣ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %	25.1	74.9	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 26α

30-45 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	0	1	1	0.0	0.6	0.6
ΟΧΙ	84	92	176	47.5	52.0	99.4
	84	93	177	47.5	52.5	100.0

Έχετε κάνει ποτέ εγχείρηση Καρδιάς?(30-45ετων)



	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	0	84	84
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	1	92	93
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	1	176	177
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	0.0	47.5	47.5
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	0.6	52.0	52.5
■ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)	0.6	99.4	100.0

ΔΕΙΓΜΑΤΑ

ΝΑΙ

ΟΧΙ

84

93

177

47.5

52.5

100.0

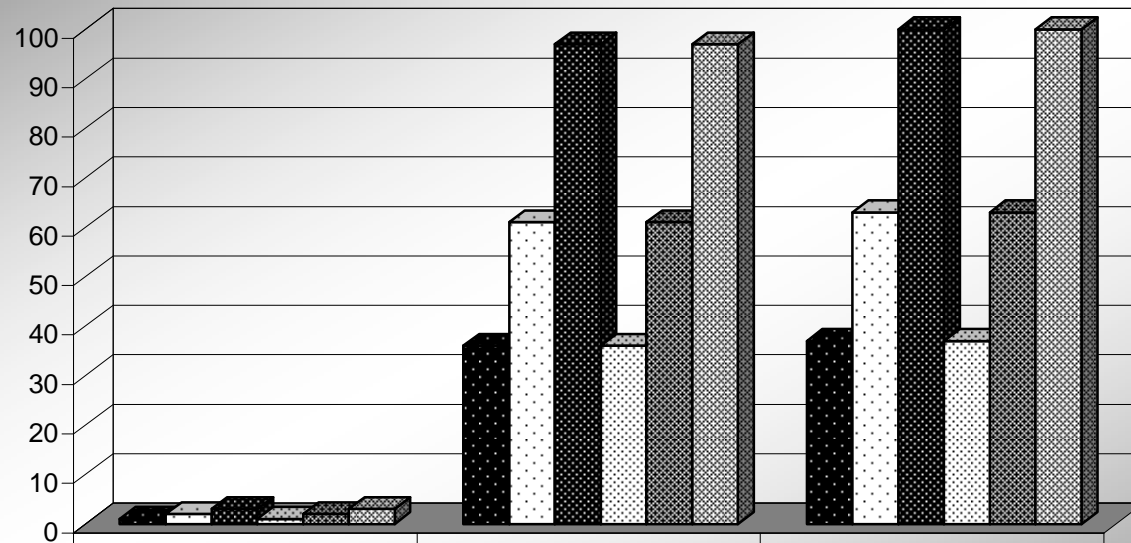
ΠΙΝΑΚΑΣ 26β

45-60 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	1	2	3	1.0	2.0	3.0
ΟΧΙ	36	61	97	36.0	61.0	97.0
	37	63	100	37.0	63.0	100.0

Έχετε κάνει ποτέ εγχείρηση Καρδιάς?(45-60ετων)

ΔΕΙΓΜΑΤΑ

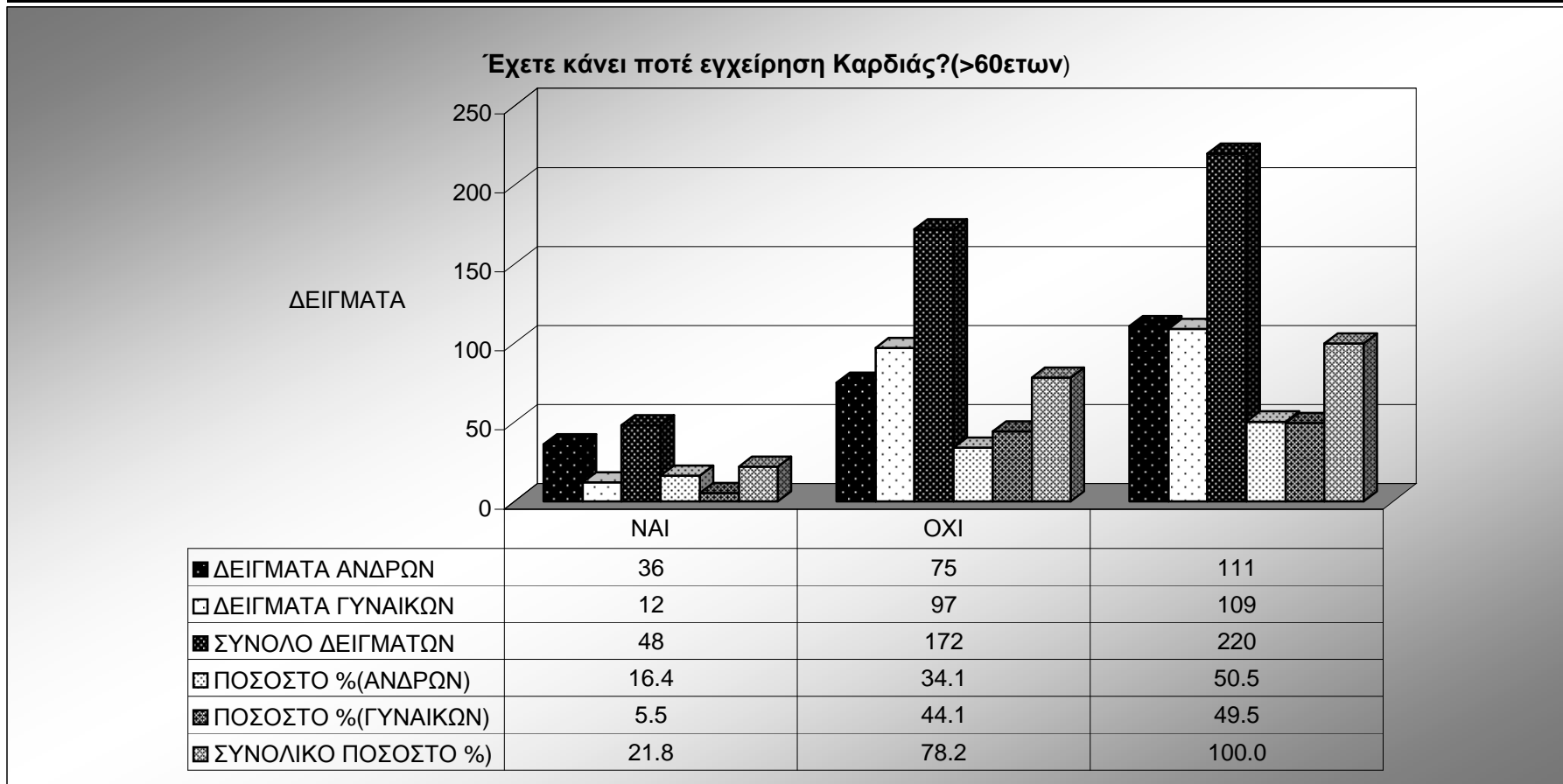


■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	1	36	37
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	2	61	63
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	3	97	100
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	1.0	36.0	37.0
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	2.0	61.0	63.0
■ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %	3.0	97.0	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 26γ

60 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	36	12	48	16.4	5.5	21.8
ΟΧΙ	75	97	172	34.1	44.1	78.2
	111	109	220	50.5	49.5	100.0

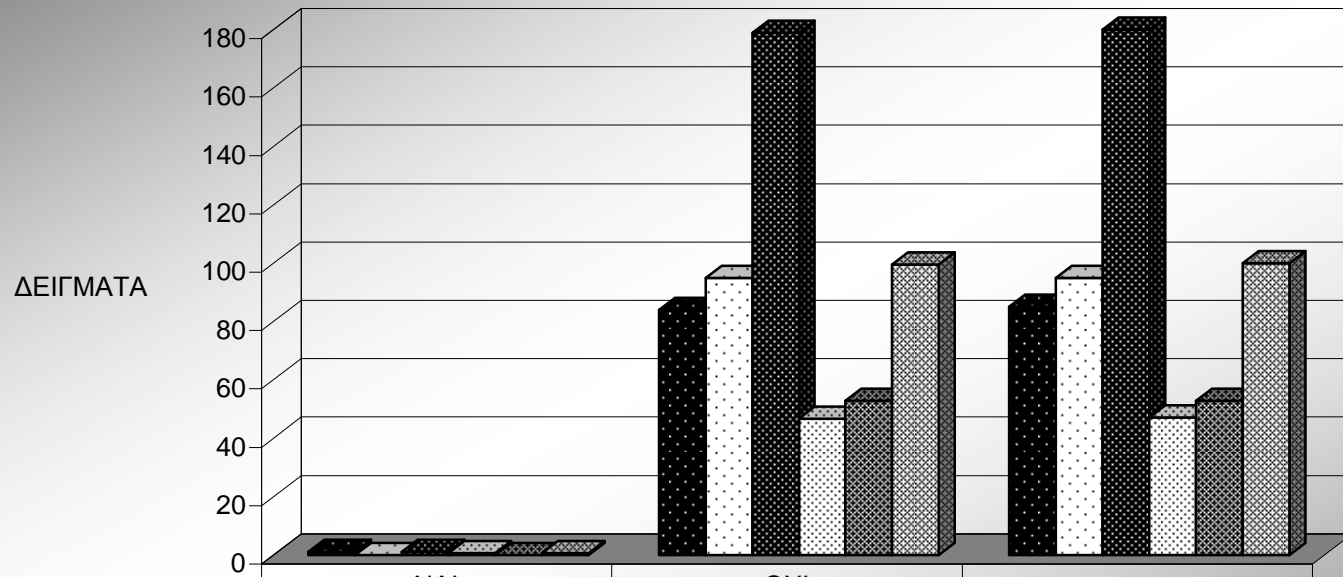


ΠΙΝΑΚΑΣ 27α

30-45 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	1	0	1	0.6	0.0	0.6
ΟΧΙ	84	95	179	46.7	52.8	99.4
	85	95	180	47.2	52.8	100.0

Έχετε βάλει ποτε Βηματοδότη?(30-45ετων)



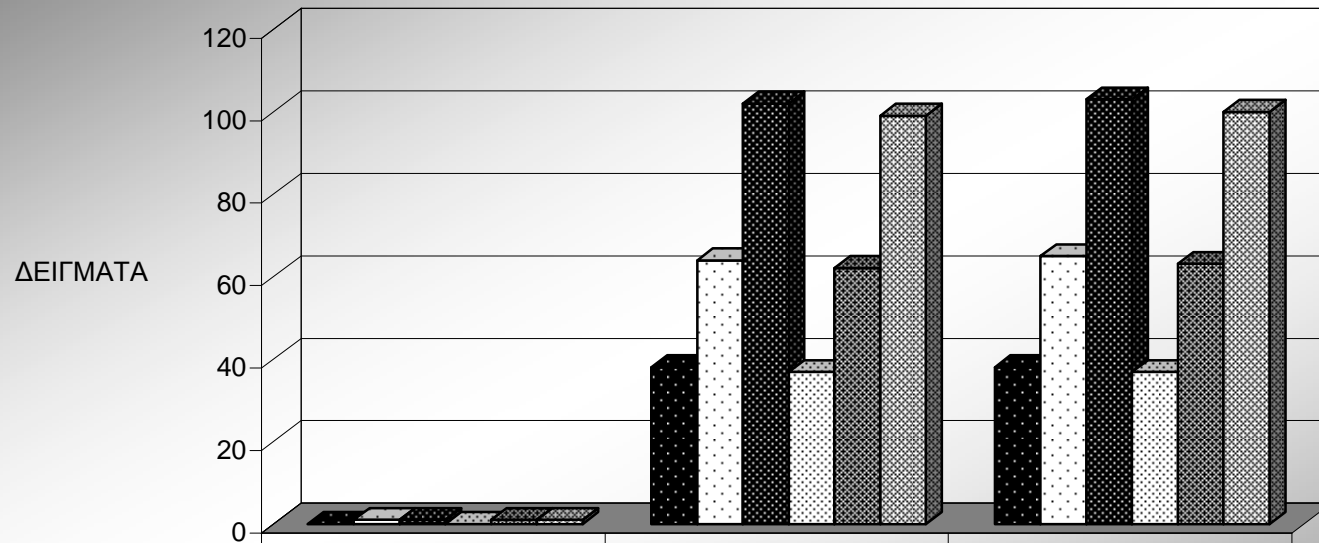
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	1	84	85
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	0	95	95
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	1	179	180
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	0.6	46.7	47.2
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	0.0	52.8	52.8
■ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)	0.6	99.4	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 27β

45-60 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	0	1	1	0.0	1.0	1.0
ΟΧΙ	38	64	102	36.9	62.1	99.0
	38	65	103	36.9	63.1	100.0

Έχετε βάλει ποτε Βηματοδότη?(45-60ετων)

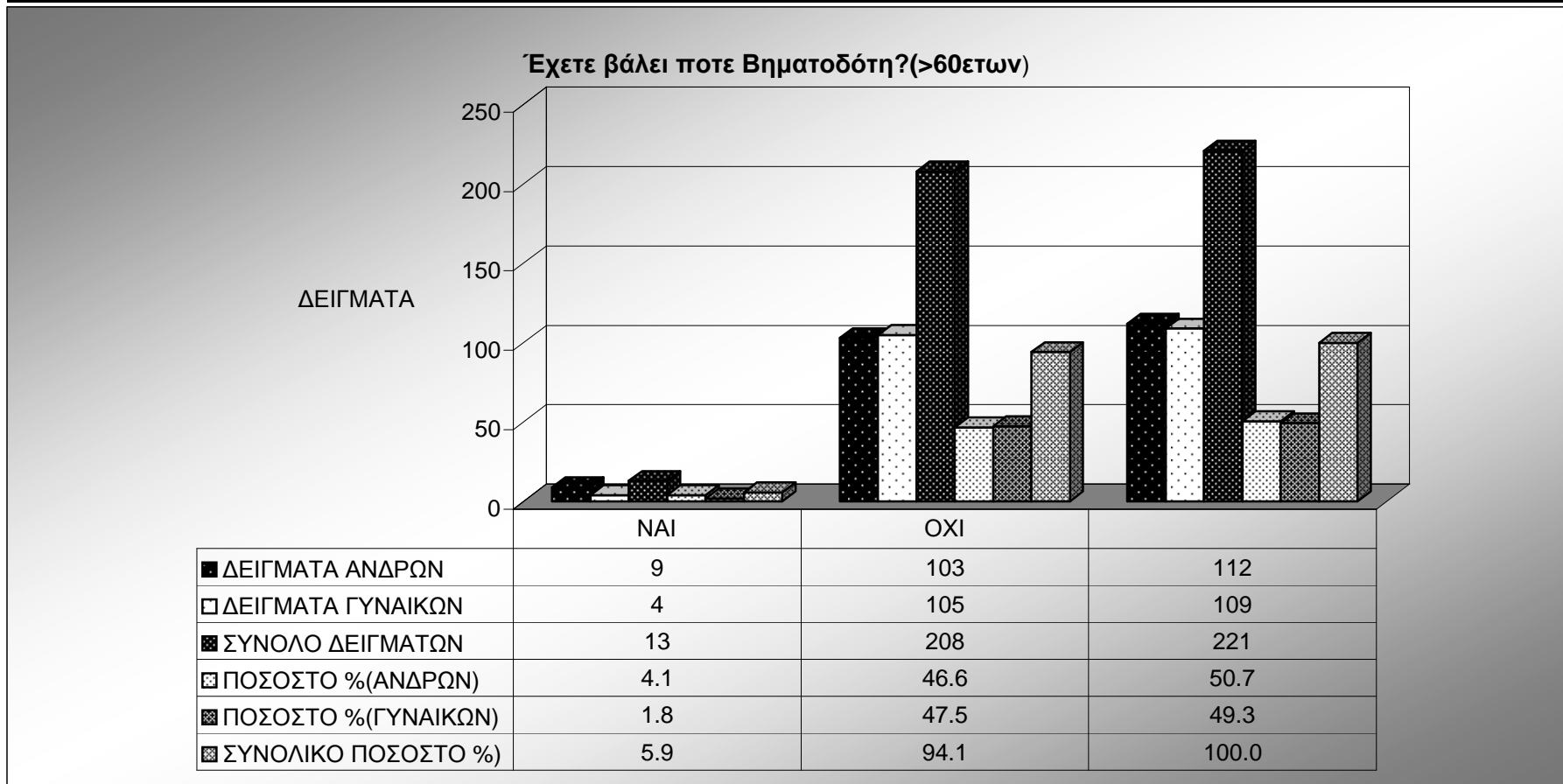


	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	0	38	38
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	1	64	65
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	1	102	103
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	0.0	36.9	36.9
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	1.0	62.1	63.1
■ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %	1.0	99.0	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 27γ

60 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	9	4	13	4.1	1.8	5.9
ΟΧΙ	103	105	208	46.6	47.5	94.1
	112	109	221	50.7	49.3	100.0

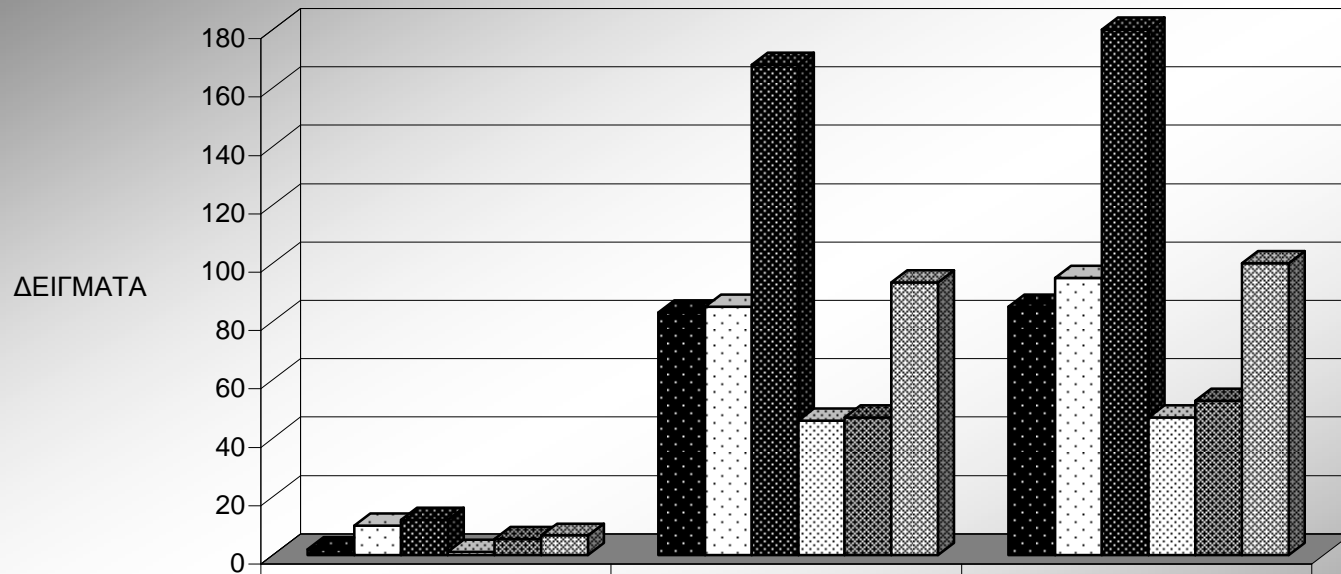


ΠΙΝΑΚΑΣ 28α

30-45 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	2	10	12	1.1	5.6	6.7
ΟΧΙ	83	85	168	46.1	47.2	93.3
	85	95	180	47.2	52.8	100.0

Έχετε βάλει ποτε Holter?(30-45ετων)



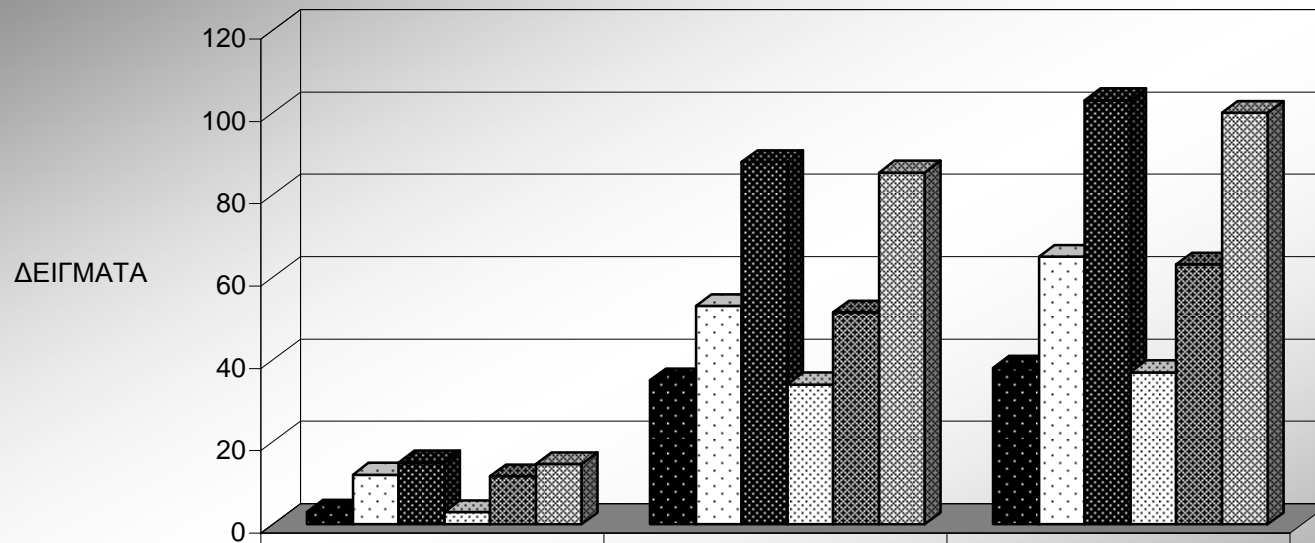
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	2	83	85
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	10	85	95
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	12	168	180
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	1.1	46.1	47.2
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	5.6	47.2	52.8
■ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)	6.7	93.3	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 28β

45-60 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	3	12	15	2.9	11.7	14.6
ΟΧΙ	35	53	88	34.0	51.5	85.4
	38	65	103	36.9	63.1	100.0

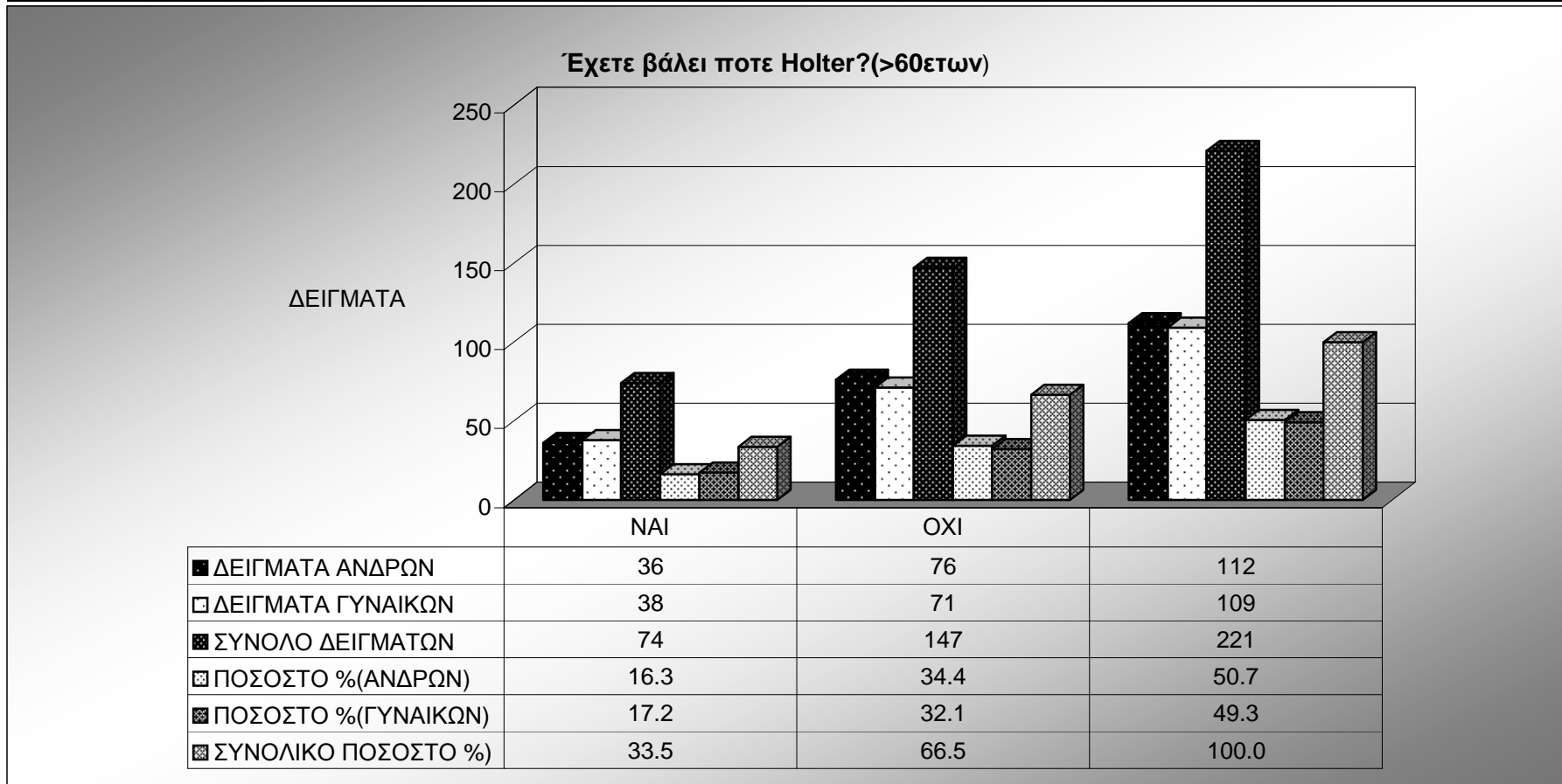
Έχετε βάλει ποτε Holter?(45-60ετων)



	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	3	35	38
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	12	53	65
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	15	88	103
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	2.9	34.0	36.9
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	11.7	51.5	63.1
■ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %	14.6	85.4	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 28γ

60 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ						
	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	36	38	74	16.3	17.2	33.5
ΟΧΙ	76	71	147	34.4	32.1	66.5
	112	109	221	50.7	49.3	100.0

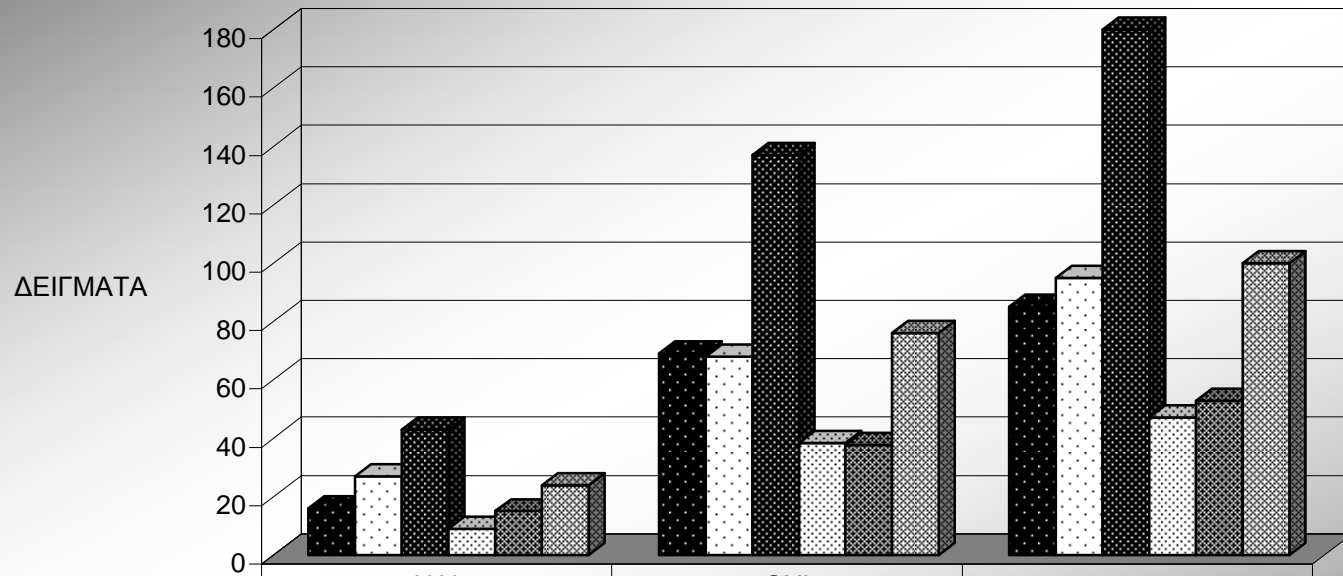


ΠΙΝΑΚΑΣ 29α

30-45 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	16	27	43	8.9	15.0	23.9
ΟΧΙ	69	68	137	38.3	37.8	76.1
	85	95	180	47.2	52.8	100.0

Ο Καρδιολόγος σας έχει παραπέμψει για Ενδοκρινολογικό έλεγχο?(30-45ετων)



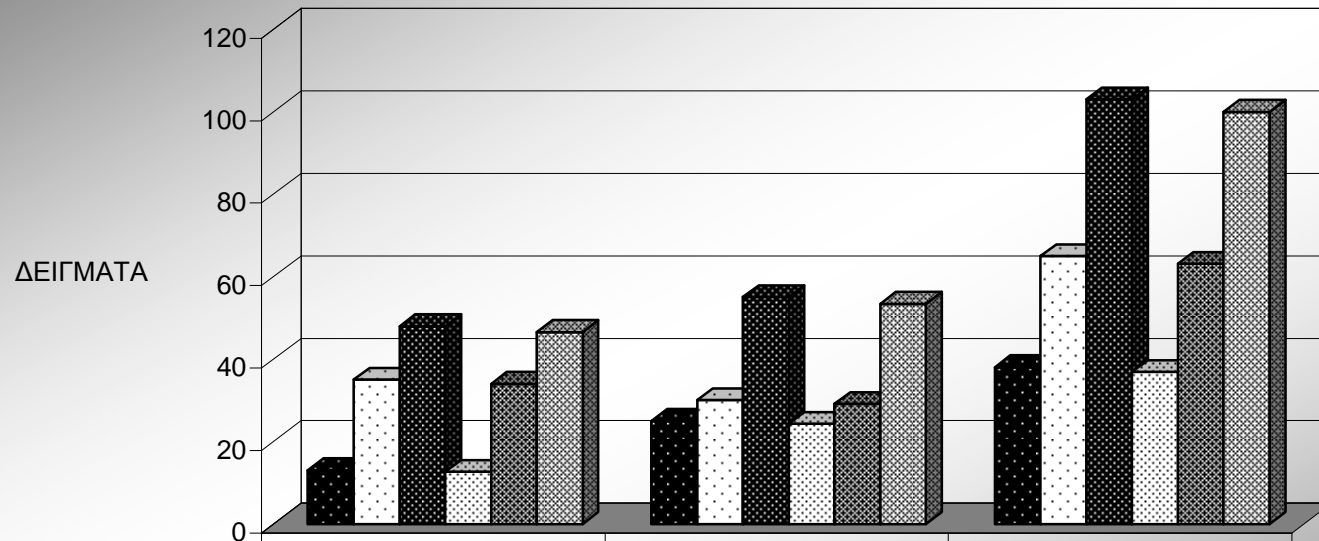
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	16	69	85
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	27	68	95
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	43	137	180
▣ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	8.9	38.3	47.2
▣ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	15.0	37.8	52.8
▣ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)	23.9	76.1	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 29β

ΠΙΝΑΚΑΣ 30β 45-60 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	13	35	48	12.6	34.0	46.6
ΟΧΙ	25	30	55	24.3	29.1	53.4
	38	65	103	36.9	63.1	100.0

Ο Καρδιολόγος σας έχει παραπέμψει για Ενδοκρινολογικό έλεγχο?(45-60ετων)



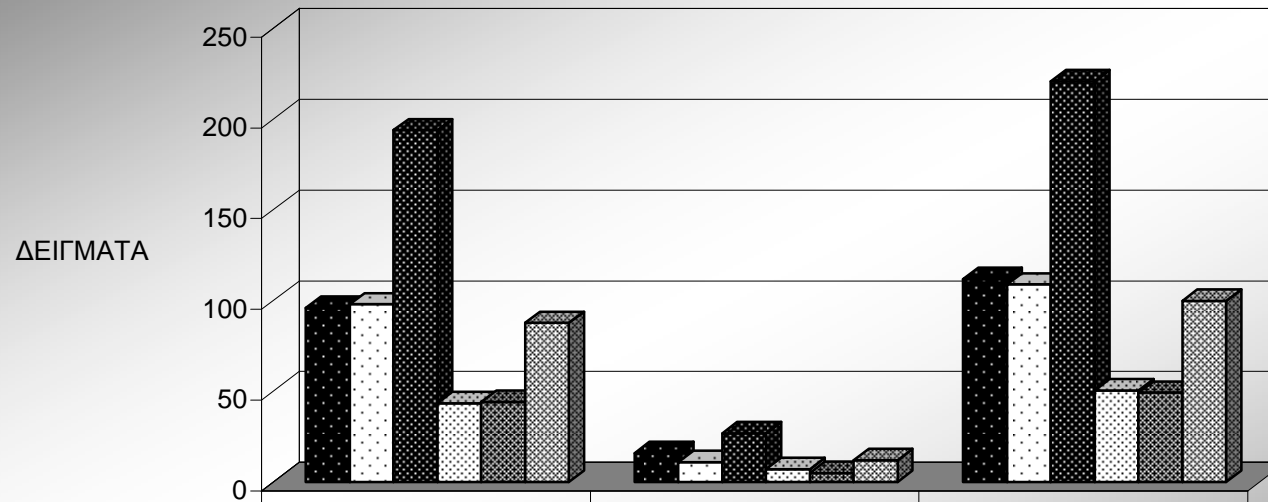
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	13	25	38
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	35	30	65
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	48	55	103
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	12.6	24.3	36.9
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	34.0	29.1	63.1
■ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %	46.6	53.4	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 29γ

60 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	96	98	194	43.4	44.3	87.8
ΟΧΙ	16	11	27	7.2	5.0	12.2
	112	109	221	50.7	49.3	100.0

Ο Καρδιολόγος σας έχει παραπέμψει για Ενδοκρινολογικό έλεγχο?(>60ετων)



■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	96	16	112
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	98	11	109
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	194	27	221
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	43.4	7.2	50.7
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	44.3	5.0	49.3
■ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)	87.8	12.2	100.0

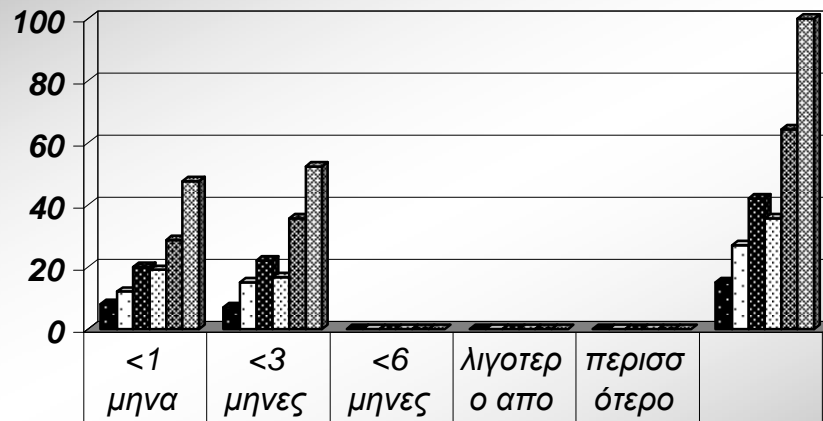
ΠΙΝΑΚΑΣ30α

30-45 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
<1 μηνια	8	12	20	19.0	28.6	47.6
<3 μηνες	7	15	22	16.7	35.7	52.4
<6 μηνες	0	0	0	0.0	0.0	0.0
λιγότερο απο 1 χρόνο	0	0	0	0.0	0.0	0.0
περισσότερο απο 1 χρόνο	0	0	0	0.0	0.0	0.0
	15	27	42	35.7	64.3	100.0

Ακολουθήσατε τις εντολές του Καρδιολόγου για εξέταση απο Ενδοκρινολόγο?(30-45ετων)

ΔΕΙΓΜΑΤΑ



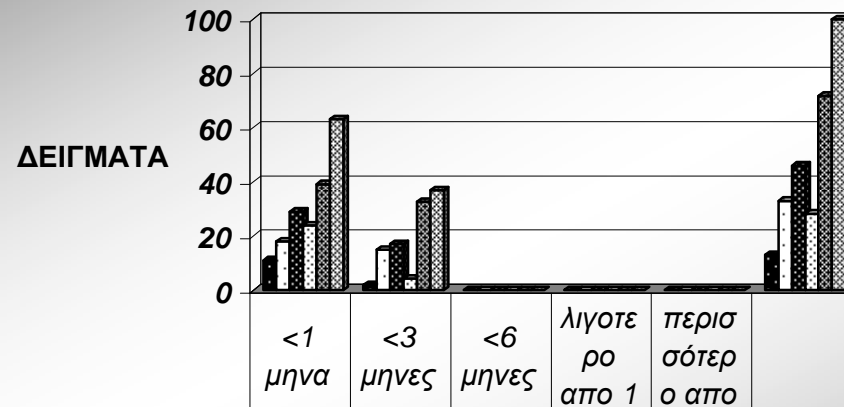
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	8	7	0	0	0	15
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	12	15	0	0	0	27
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	20	22	0	0	0	42
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	19.0	16.7	0.0	0.0	0.0	35.7
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	28.6	35.7	0.0	0.0	0.0	64.3
■ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)	47.6	52.4	0.0	0.0	0.0	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ30β

45-60 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
<1 μηνια	11	18	29	23.9	39.1	63.0
<3 μηνες	2	15	17	4.3	32.6	37.0
<6 μηνες	0	0	0	0.0	0.0	0.0
λιγότερο απο 1 χρόνο	0	0	0	0.0	0.0	0.0
περισσότερο απο 1 χρόνο	0	0	0	0.0	0.0	0.0
	13	33	46	28.3	71.7	100.0

Ακολουθήσατε τις εντολές του Καρδιολόγου για εξέταση απο Ενδοκρινολόγο? (45-60ετων)



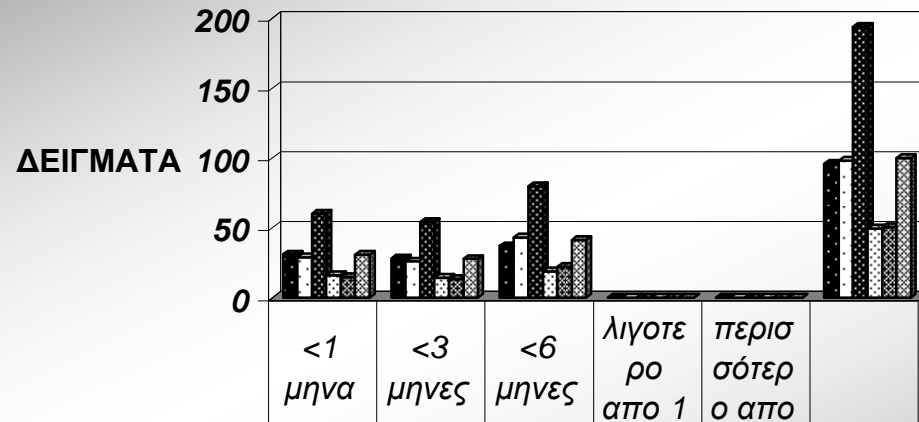
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	11	2	0	0	0	13
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	18	15	0	0	0	33
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	29	17	0	0	0	46
▣ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	23.9	4.3	0.0	0.0	0.0	28.3
▤ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	39.1	32.6	0.0	0.0	0.0	71.7
▥ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)	63.0	37.0	0.0	0.0	0.0	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ30γ

60 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
<1 μηνια	31	29	60	16.0	14.9	30.9
<3 μηνες	28	26	54	14.4	13.4	27.8
<6 μηνες	37	43	80	19.1	22.2	41.2
λιγότερο απο 1 χρόνο	0	0	0	0.0	0.0	0.0
περισσότερο απο 1 χρόνο	0	0	0	0.0	0.0	0.0
	96	98	194	49.5	50.5	100.0

Ακολουθήσατε τις εντολές του Καρδιολόγου για εξέταση απο Ενδινोकρονολόγο? (<60ετων)



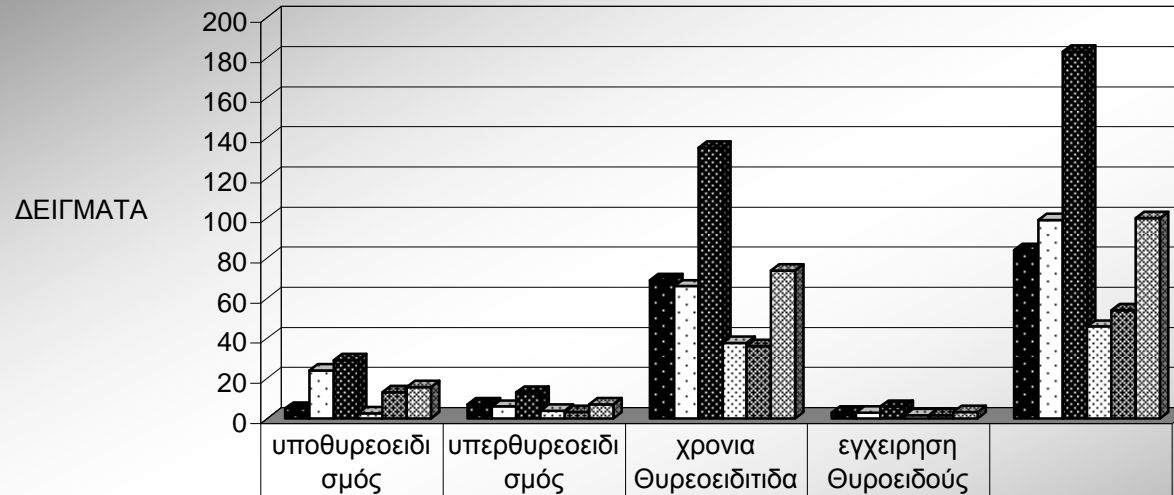
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	31	28	37	0	0	96
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	29	26	43	0	0	98
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	60	54	80	0	0	194
□ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	16.0	14.4	19.1	0.0	0.0	49.5
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	14.9	13.4	22.2	0.0	0.0	50.5
■ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)	30.9	27.8	41.2	0.0	0.0	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 31,32,33,34α

30-45 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
υποθυρεοειδισμός	5	24	29	2.73	13.11	15.8
υπερθυρεοειδισμός	7	6	13	3.83	3.28	7.1
χρόνια Θυρεοειδίτιδα	69	66	135	37.70	36.07	73.8
εγχείρηση Θυροειδούς	3	3	6	1.64	1.64	3.3
	84	99	183	45.90	54.10	100.00

Παθήσεις Θυροειδούς(30-45ετων)



■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	5	7	69	3	84
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	24	6	66	3	99
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	29	13	135	6	183
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	2.73	3.83	37.70	1.64	45.90
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	13.11	3.28	36.07	1.64	54.10
■ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)	15.8	7.1	73.8	3.3	100.00

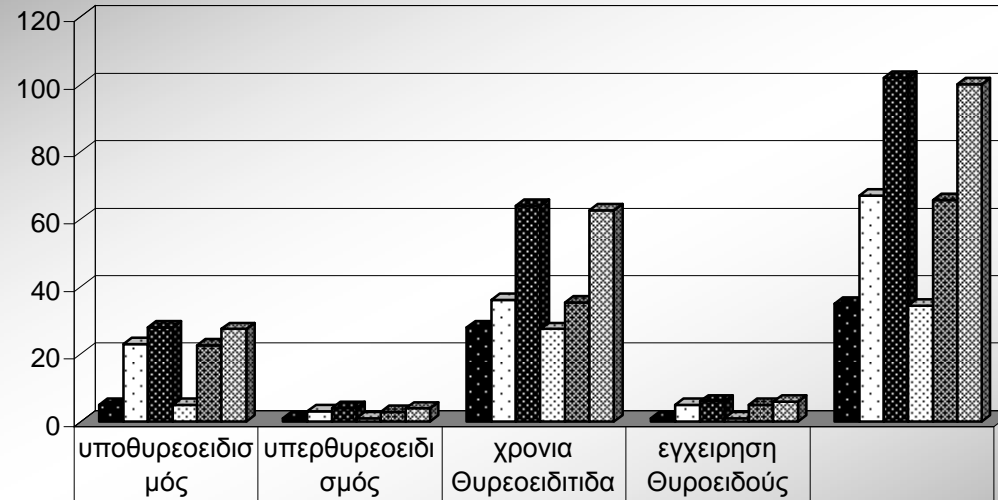
ΠΙΝΑΚΑΣ 31,32,33,34β

45-60 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
υποθυρεοειδισμός	5	23	28	4.90	22.55	27.5
υπερθυρεοειδισμός	1	3	4	0.98	2.94	3.9
χρονια Θυρεοειδιτιδα	28	36	64	27.45	35.29	62.7
εγχειρηση Θυροειδούς	1	5	6	0.98	4.90	5.9
	35	67	102	34.31	65.69	100.00

Παθήσεις Θυροειδούς(45-60ετων)

ΔΕΙΓΜΑΤΑ



■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	5	1	28	1	35
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	23	3	36	5	67
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	28	4	64	6	102
▣ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	4.90	0.98	27.45	0.98	34.31
▣ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	22.55	2.94	35.29	4.90	65.69
▣ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)	27.5	3.9	62.7	5.9	100.00

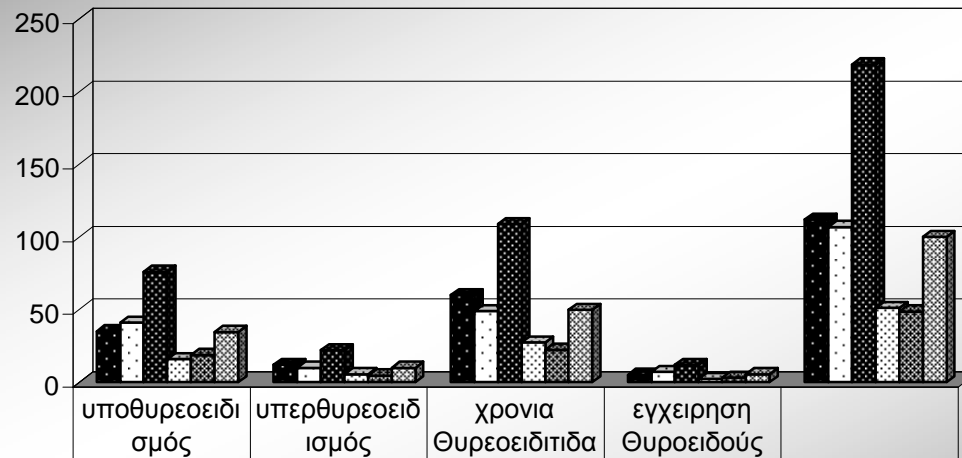
ΠΙΝΑΚΑΣ 31,32,33,34γ

60 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
υποθυρεοειδισμός	35	41	76	15.98	18.72	34.7
υπερθυρεοειδισμός	12	10	22	5.48	4.57	10.0
χρονια Θυρεοειδιτιδα	60	49	109	27.40	22.37	49.8
εγχειρηση Θυροειδούς	5	7	12	2.28	3.20	5.5
	112	107	219	51.14	48.86	100.00

Παθήσεις Θυροειδούς(>60ετων)

ΔΕΙΓΜΑΤΑ

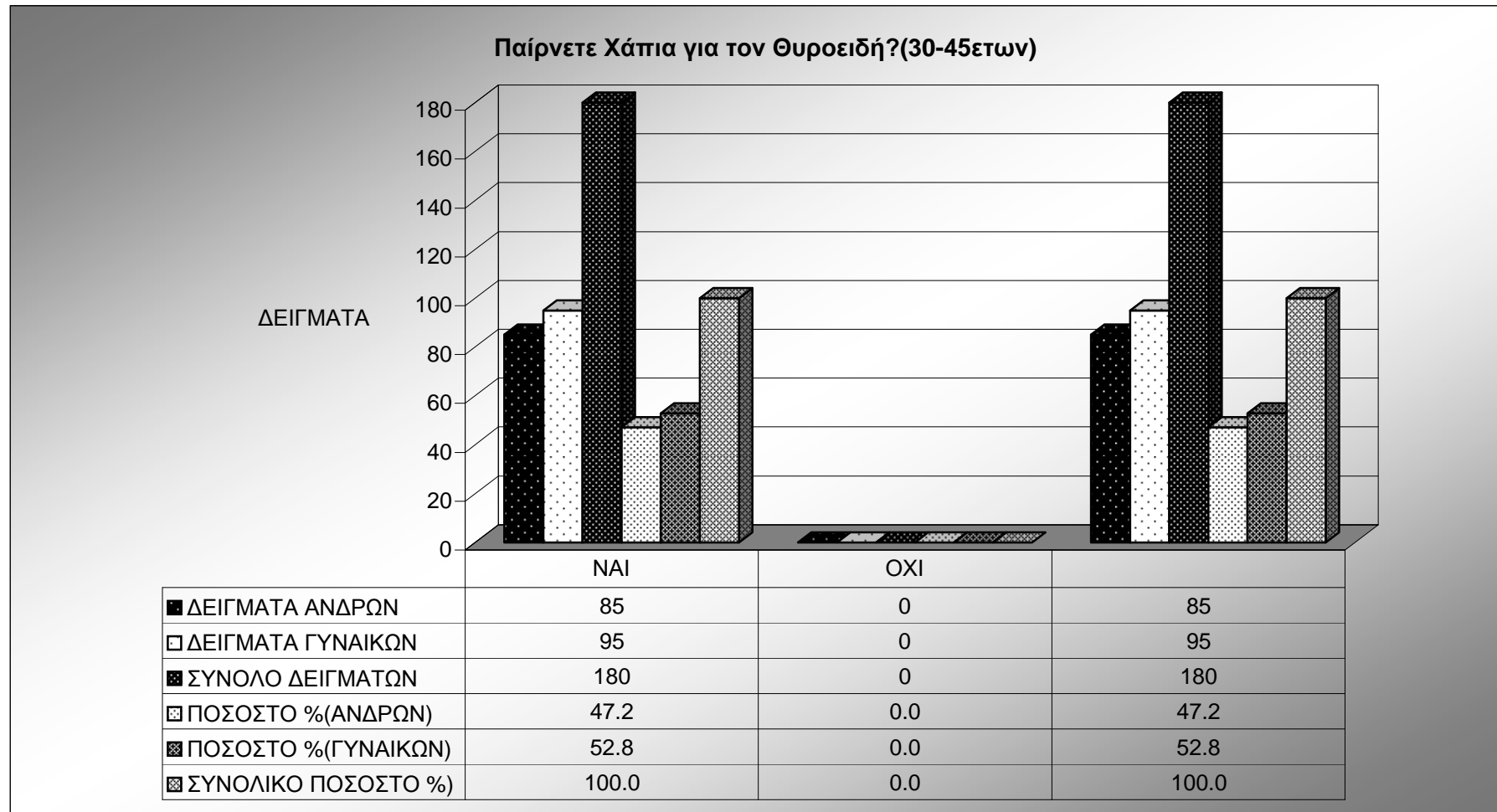


■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	35	12	60	5	112
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	41	10	49	7	107
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	76	22	109	12	219
▨ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	15.98	5.48	27.40	2.28	51.14
▨ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	18.72	4.57	22.37	3.20	48.86
▨ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)	34.7	10.0	49.8	5.5	100.00

ΠΙΝΑΚΑΣ 35α

30-45 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	85	95	180	47.2	52.8	100.0
ΟΧΙ	0	0	0	0.0	0.0	0.0
	85	95	180	47.2	52.8	100.0

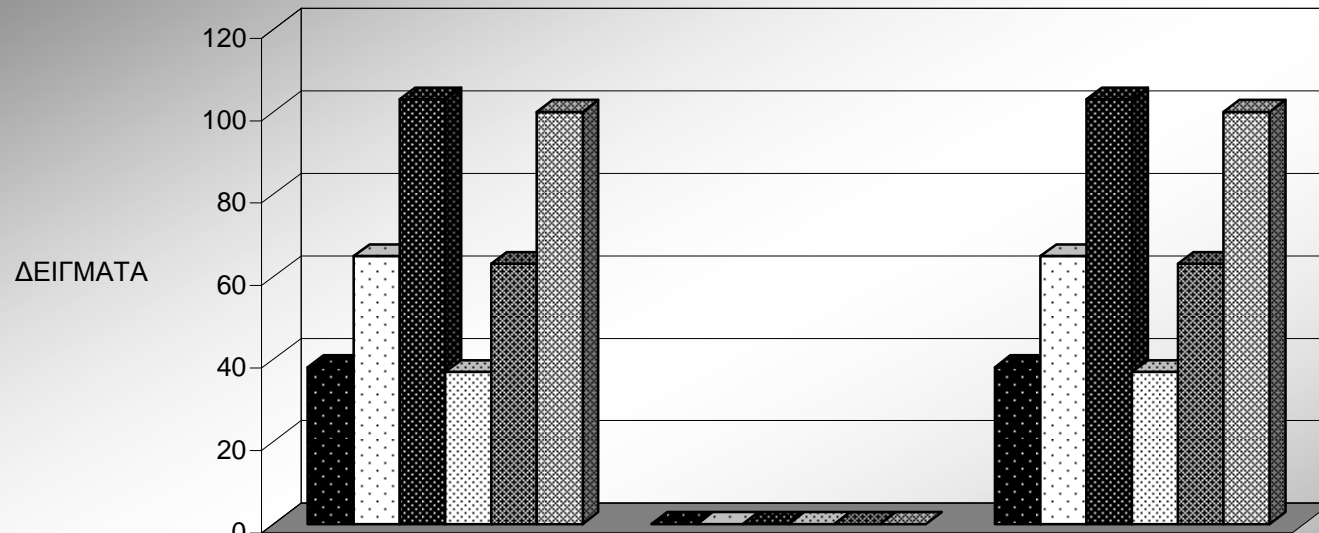


ΠΙΝΑΚΑΣ 35β

45-60 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	38	65	103	36.9	63.1	100.0
ΟΧΙ	0	0	0	0.0	0.0	0.0
	38	65	103	36.9	63.1	100.0

Παίρνετε Χάπια για τον Θυροειδή?(45-60ετων)



	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	38	0	38
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	65	0	65
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	103	0	103
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	36.9	0.0	36.9
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	63.1	0.0	63.1
■ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %	100.0	0.0	100.0

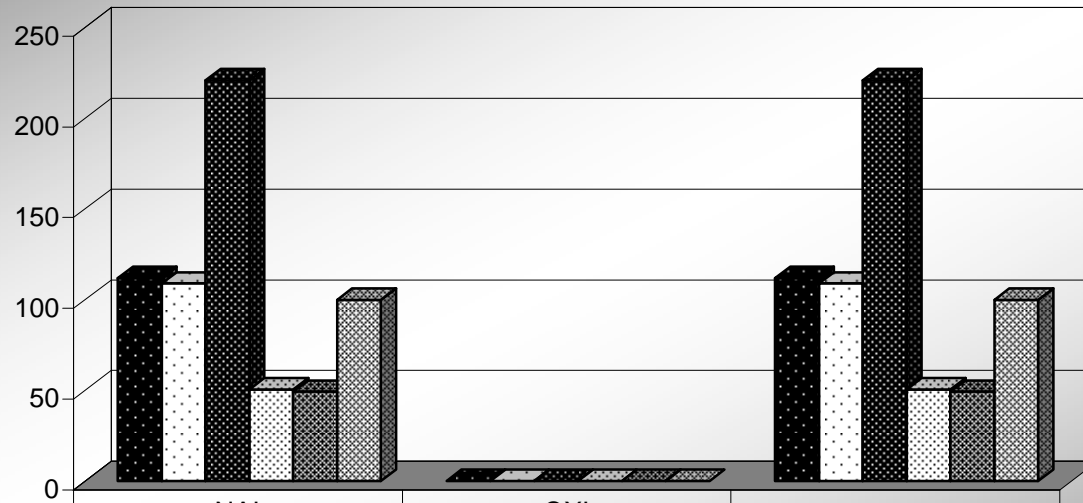
ΠΙΝΑΚΑΣ 35γ

60 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	112	109	221	50.7	49.3	100.0
ΟΧΙ	0	0	0	0.0	0.0	0.0
	112	109	221	50.7	49.3	100.0

Παίρνετε Χάπια για τον Θυροειδή?(<60ετων)

ΔΕΙΓΜΑΤΑ

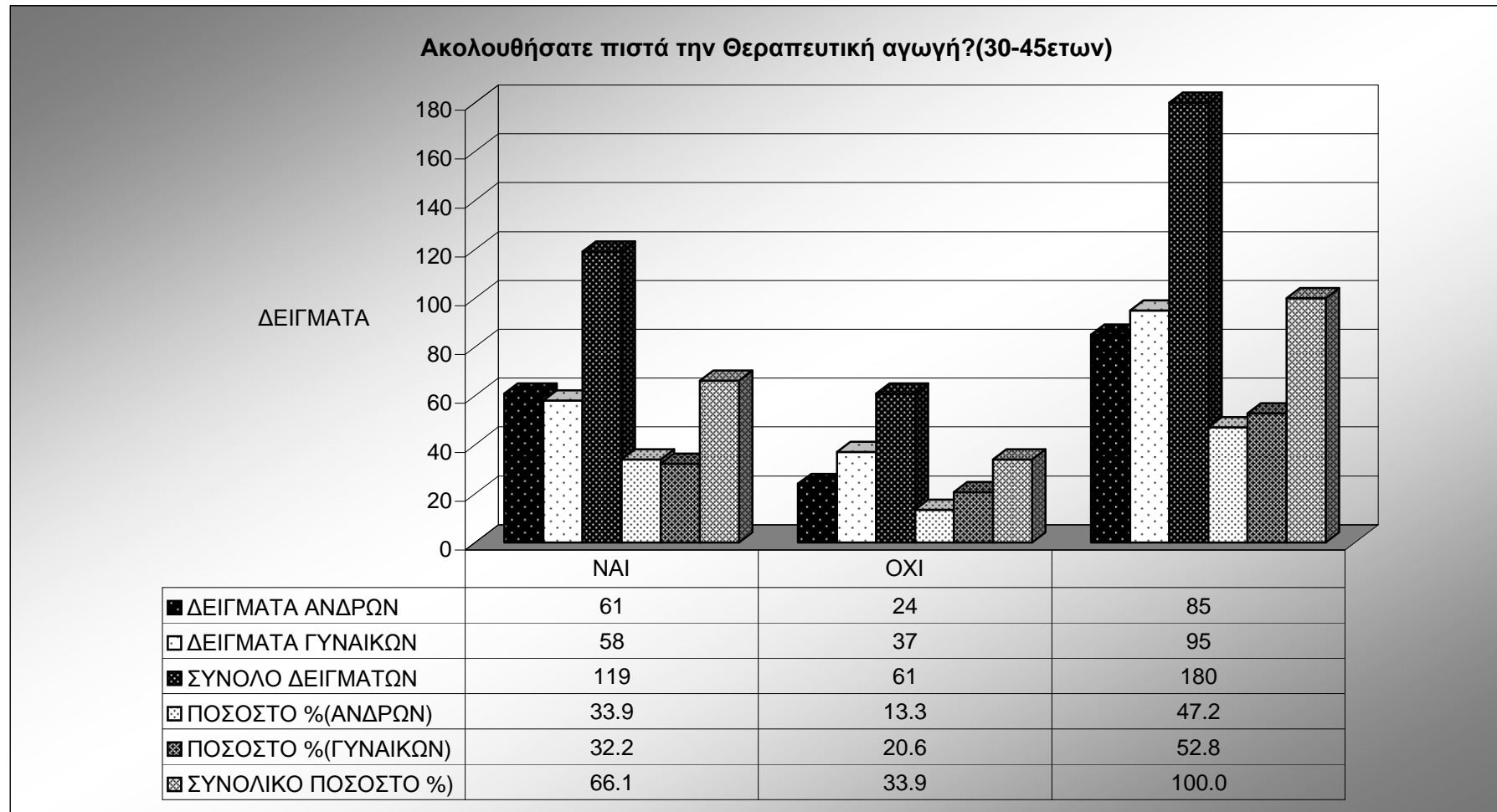


	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	112	0	112
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	109	0	109
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	221	0	221
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	50.7	0.0	50.7
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	49.3	0.0	49.3
■ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %	100.0	0.0	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 36α

30-45 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	61	58	119	33.9	32.2	66.1
ΟΧΙ	24	37	61	13.3	20.6	33.9
	85	95	180	47.2	52.8	100.0

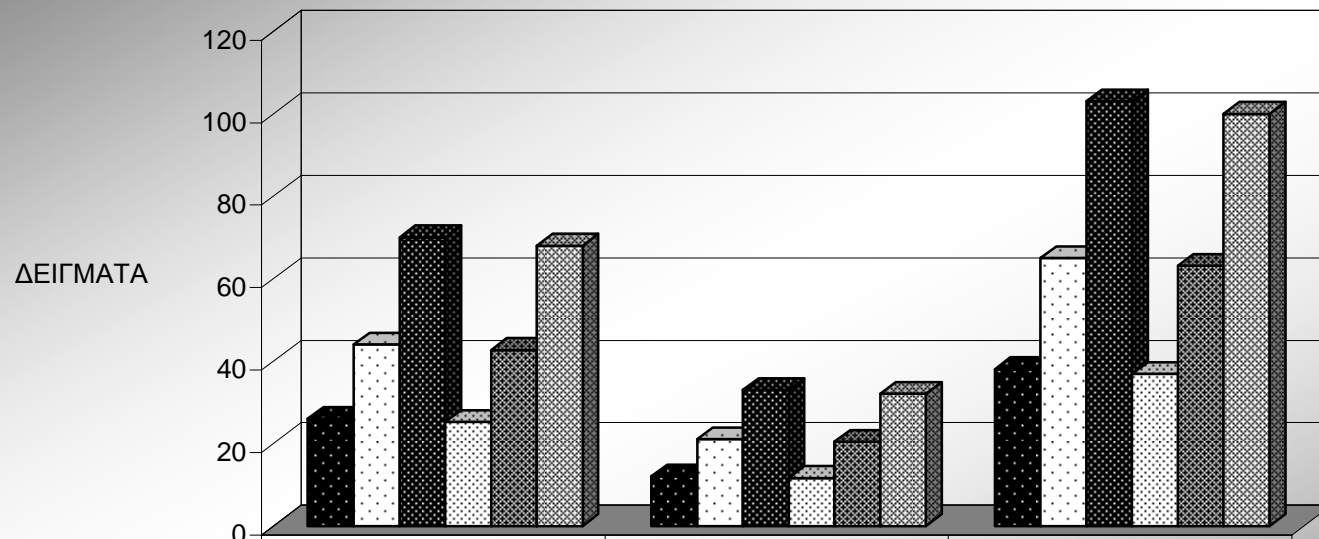


ΠΙΝΑΚΑΣ 36β

45-60 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	26	44	70	25.2	42.7	68.0
ΟΧΙ	12	21	33	11.7	20.4	32.0
	38	65	103	36.9	63.1	100.0

Ακολουθήσατε πιστά την θεραπευτική αγωγή?(45-60ετων)



	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	26	12	38
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	44	21	65
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	70	33	103
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	25.2	11.7	36.9
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	42.7	20.4	63.1
■ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %	68.0	32.0	100.0

ΔΕΙΓΜΑΤΑ

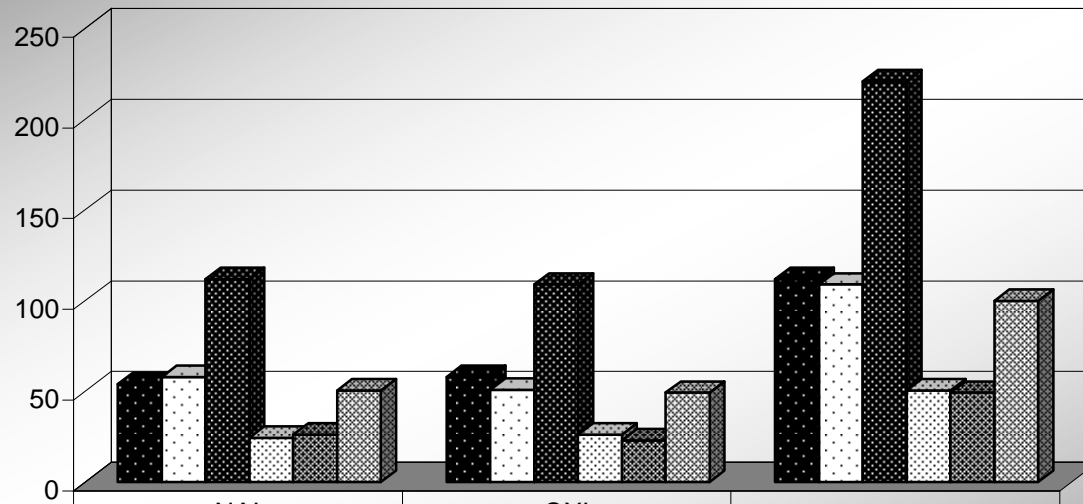
ΠΙΝΑΚΑΣ 36γ

60 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	54	58	112	24.4	26.2	50.7
ΟΧΙ	58	51	109	26.2	23.1	49.3
	112	109	221	50.7	49.3	100.0

Ακολουθήσατε πιστά την θεραπευτική αγωγή?(>60ετων)

ΔΕΙΓΜΑΤΑ



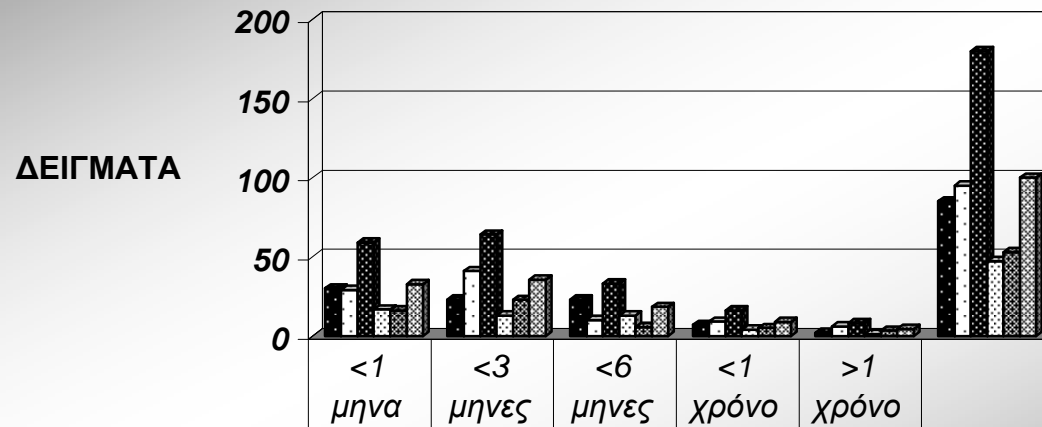
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	54	58	112
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	58	51	109
▣ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	112	109	221
▤ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	24.4	26.2	50.7
▥ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	26.2	23.1	49.3
▧ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %	50.7	49.3	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 37α

30-45 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
<1 μήνα	30	29	59	16.7	16.1	32.8
<3 μήνες	23	41	64	12.8	22.8	35.6
<6 μήνες	23	10	33	12.8	5.6	18.3
<1 χρόνο	7	9	16	3.9	5.0	8.9
>1 χρόνο	2	6	8	1.1	3.3	4.4
	85	95	180	47.2	52.8	100.0

Ακολουθήσατε πιστά την επανεξέταση στο ενδοκρινολογικό Ιατρείο σχετικά με την παρακολούθηση του Θυροειδή σας?(30-45ετων)



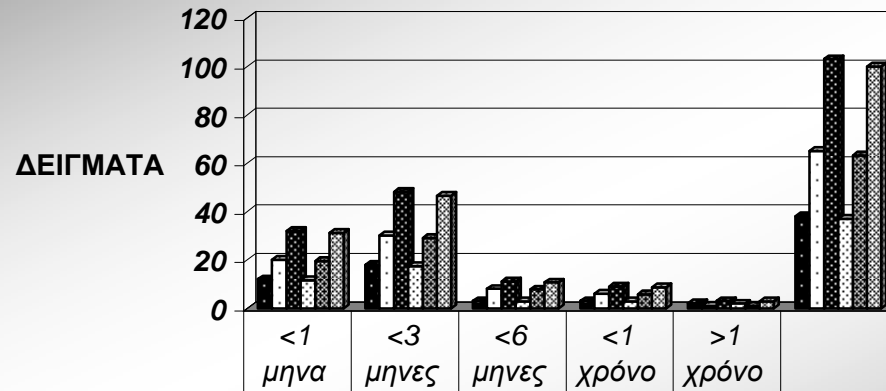
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	30	23	23	7	2	85
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	29	41	10	9	6	95
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	59	64	33	16	8	180
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	16.7	12.8	12.8	3.9	1.1	47.2
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	16.1	22.8	5.6	5.0	3.3	52.8
■ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)	32.8	35.6	18.3	8.9	4.4	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 37β

45-60 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %
<1 μηνια	12	20	32	11.7	19.4	31.1
<3 μηνες	18	30	48	17.5	29.1	46.6
<6 μηνες	3	8	11	2.9	7.8	10.7
<1 χρόνο	3	6	9	2.9	5.8	8.7
>1 χρόνο	2	1	3	1.9	1.0	2.9
	38	65	103	36.9	63.1	100.0

Ακολουθήσατε πιστά την επανεξέταση στο ενδοκρινολογικό Ιατρείο σχετικά με την παρακολούθηση του
Θυροειδή σας? (45-60ετων)



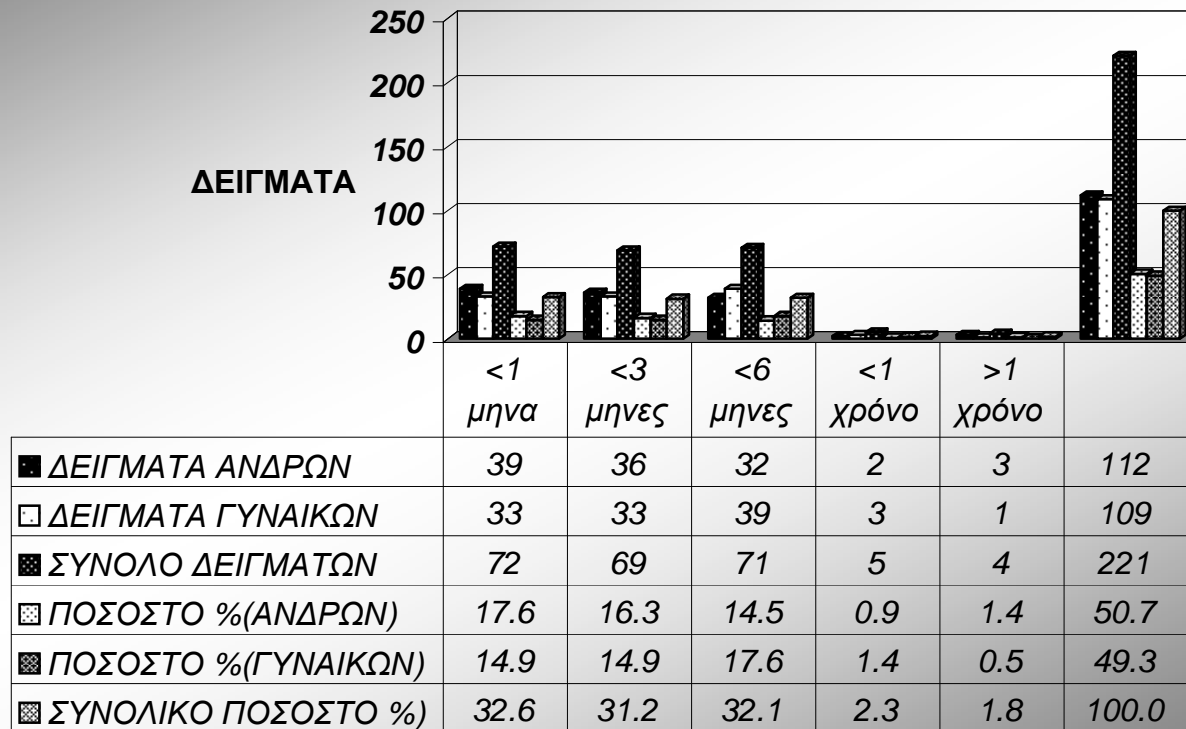
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	12	18	3	3	2	38
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	20	30	8	6	1	65
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	32	48	11	9	3	103
▣ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	11.7	17.5	2.9	2.9	1.9	36.9
▣ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	19.4	29.1	7.8	5.8	1.0	63.1
▣ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %	31.1	46.6	10.7	8.7	2.9	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 37γ

60 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
<1 μνηνα	39	33	72	17.6	14.9	32.6
<3 μνηνες	36	33	69	16.3	14.9	31.2
<6 μνηνες	32	39	71	14.5	17.6	32.1
<1 χρόνο	2	3	5	0.9	1.4	2.3
>1 χρόνο	3	1	4	1.4	0.5	1.8
	112	109	221	50.7	49.3	100.0

Ακολουθήσατε πιστά την επανεξέταση στο ενδοκρινολογικό Ιατρείο σχετικά με την παρακολούθηση του Θυροειδή σας? (>60ετων)

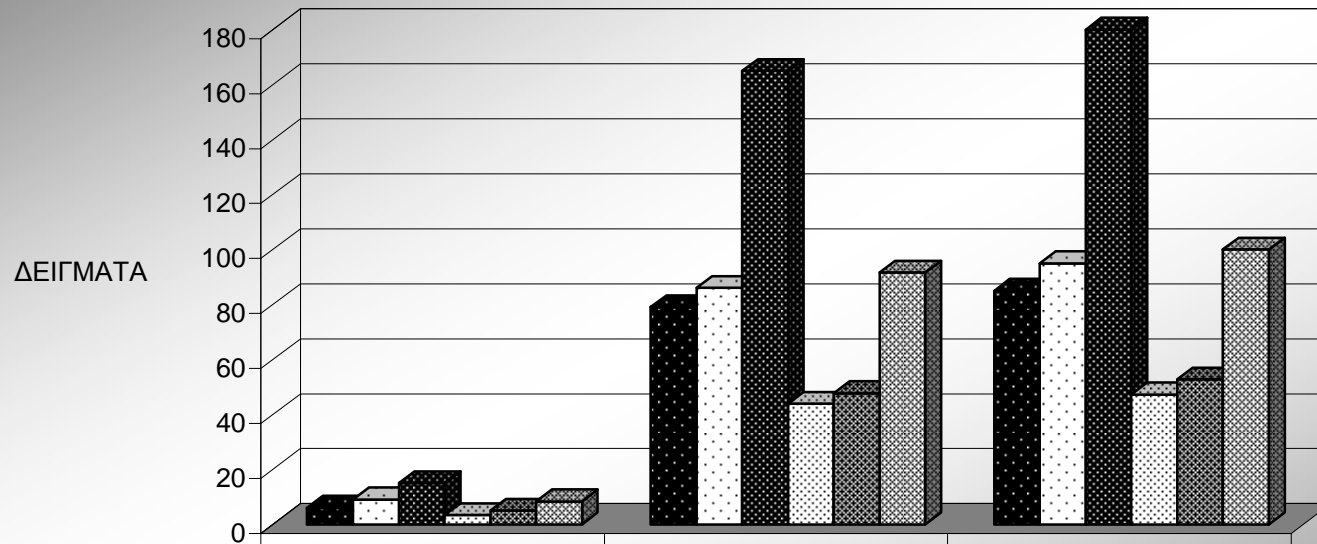


ΠΙΝΑΚΑΣ 38α

30-45 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	6	9	15	3.3	5.0	8.3
ΟΧΙ	79	86	165	43.9	47.8	91.7
	85	95	180	47.2	52.8	100.0

Σας έχει παραπέμψει ο Ενδοκρινολόγος για καρδιακό έλεγχο λόγω ευρυμάτων που απαιτούσαν περαιτέρω αξιολόγηση απο ειδικό Καρδιολόγο ?(30-45ετων)



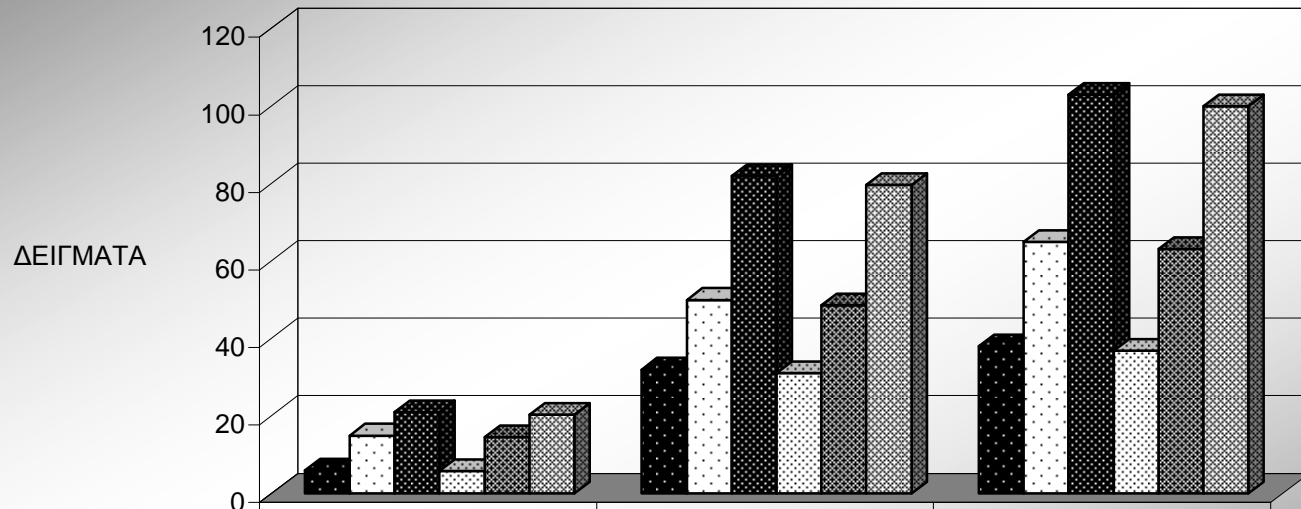
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	6	79	85
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	9	86	95
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	15	165	180
□ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	3.3	43.9	47.2
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	5.0	47.8	52.8
■ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)	8.3	91.7	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 38β

45-60 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	6	15	21	5.8	14.6	20.4
ΟΧΙ	32	50	82	31.1	48.5	79.6
	38	65	103	36.9	63.1	100.0

Σας έχει παραπέμψει ο Ενδονοκλινολόγος για καρδιακό έλεγχο λόγω ευρυμάτων που απαιτούσαν περαιτέρω αξιολόγηση απο ειδικό Καρδιολόγο?(45-60ετων)



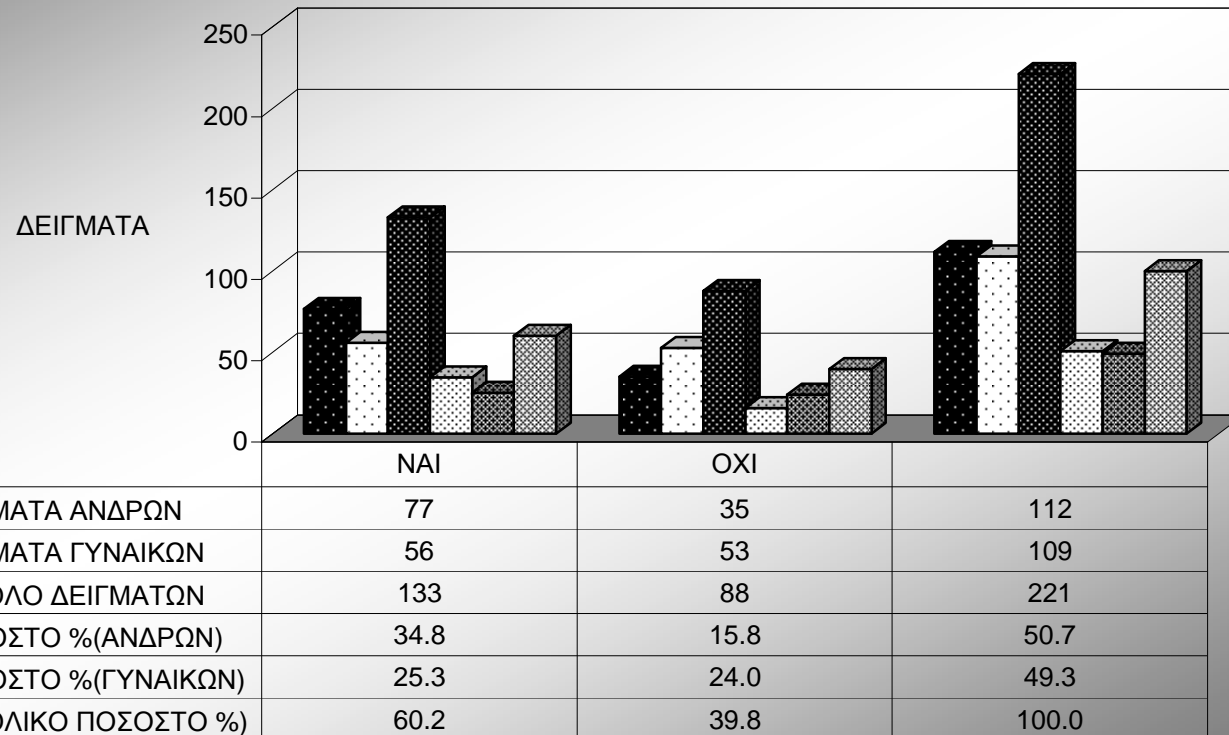
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	6	32	38
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	15	50	65
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	21	82	103
▨ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	5.8	31.1	36.9
▨ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	14.6	48.5	63.1
▨ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)	20.4	79.6	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 38γ

60 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	77	56	133	34.8	25.3	60.2
ΟΧΙ	35	53	88	15.8	24.0	39.8
	112	109	221	50.7	49.3	100.0

Σας έχει παραπέμψει ο Ενδοκρινολόγος για καρδιακό έλεγχο ευρυμάτων που απαιτούσαν περαιτέρω αξιολόγηση απο ειδικό Καρδιολόγο?(>60ετων)

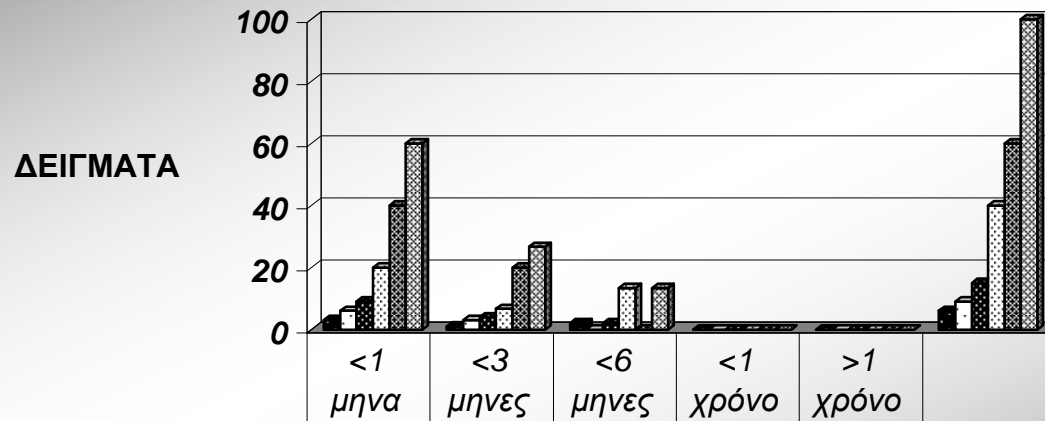


ΠΙΝΑΚΑΣ 39α

30-45 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
<1 μηνια	3	6	9	20.0	40.0	60.0
<3 μηνες	1	3	4	6.7	20.0	26.7
<6 μηνες	2	0	2	13.3	0.0	13.3
<1 χρόνο	0	0	0	0.0	0.0	0.0
>1 χρόνο	0	0	0	0.0	0.0	0.0
	6	9	15	40.0	60.0	100.0

Ακολουθήσατε τις εντολές του Ενδοκρινολόγου για εξέταση απο Καρδιολόγο?(30-45ετων)



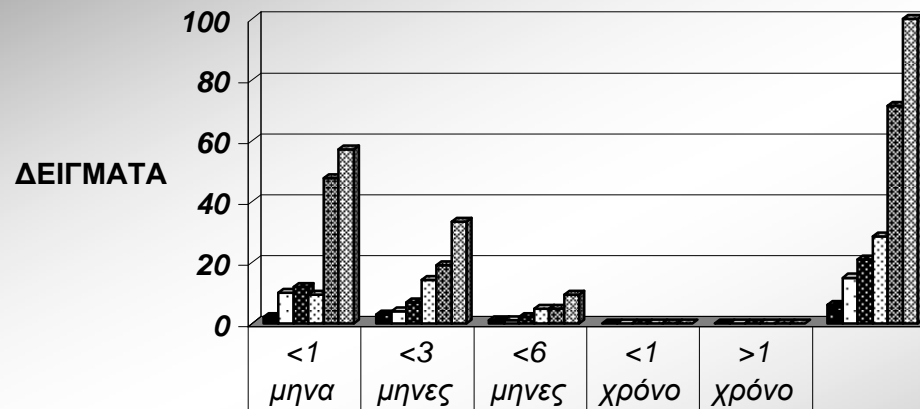
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	3	1	2	0	0	6
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	6	3	0	0	0	9
▒ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	9	4	2	0	0	15
▧ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	20.0	6.7	13.3	0.0	0.0	40.0
▨ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	40.0	20.0	0.0	0.0	0.0	60.0
▩ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)	60.0	26.7	13.3	0.0	0.0	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 39β

45-60 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
<1 μηνια	2	10	12	9.5	47.6	57.1
<3 μηνες	3	4	7	14.3	19.0	33.3
<6 μηνες	1	1	2	4.8	4.8	9.5
<1 χρόνο	0	0	0	0.0	0.0	0.0
>1 χρόνο	0	0	0	0.0	0.0	0.0
	6	15	21	28.6	71.4	100.0

Ακολουθήσατε τις εντολές του Ενδοκρινολόγου για εξέταση απο Καρδιολόγο? (45-60ετων)



■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	2	3	1	0	0	6
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	10	4	1	0	0	15
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	12	7	2	0	0	21
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	9.5	14.3	4.8	0.0	0.0	28.6
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	47.6	19.0	4.8	0.0	0.0	71.4
■ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)	57.1	33.3	9.5	0.0	0.0	100.0

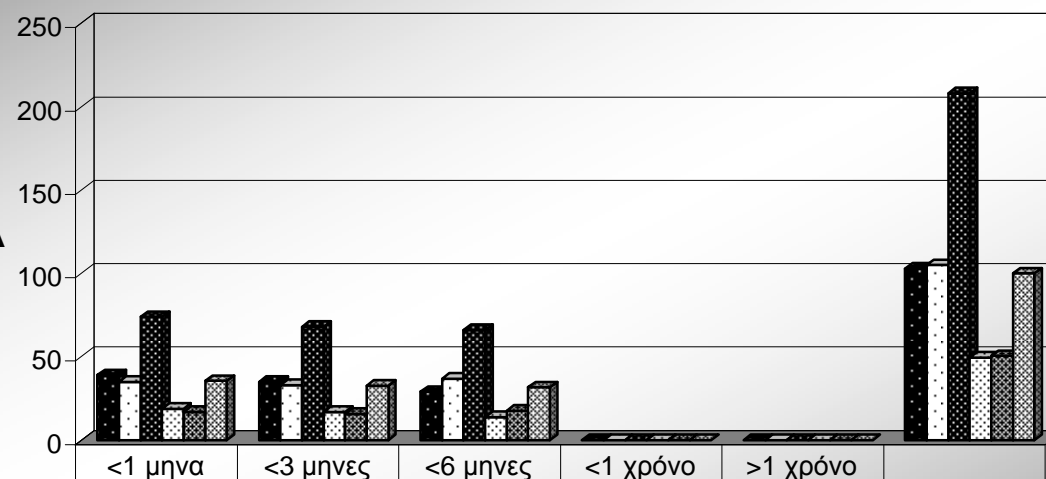
ΠΙΝΑΚΑΣ 39γ

60 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
<1 μηνια	39	35	74	18.8	16.8	35.6
<3 μηνες	35	33	68	16.8	15.9	32.7
<6 μηνες	29	37	66	13.9	17.8	31.7
<1 χρόνο	0	0	0	0.0	0.0	0.0
>1 χρόνο	0	0	0	0.0	0.0	0.0
	103	105	208	49.5	50.5	100.0

Ακολουθήσατε τις εντολές του Ενδοκρινολόγου για εξέταση απο Καρδιολόγο? (>60ετων)

ΔΕΙΓΜΑΤΑ



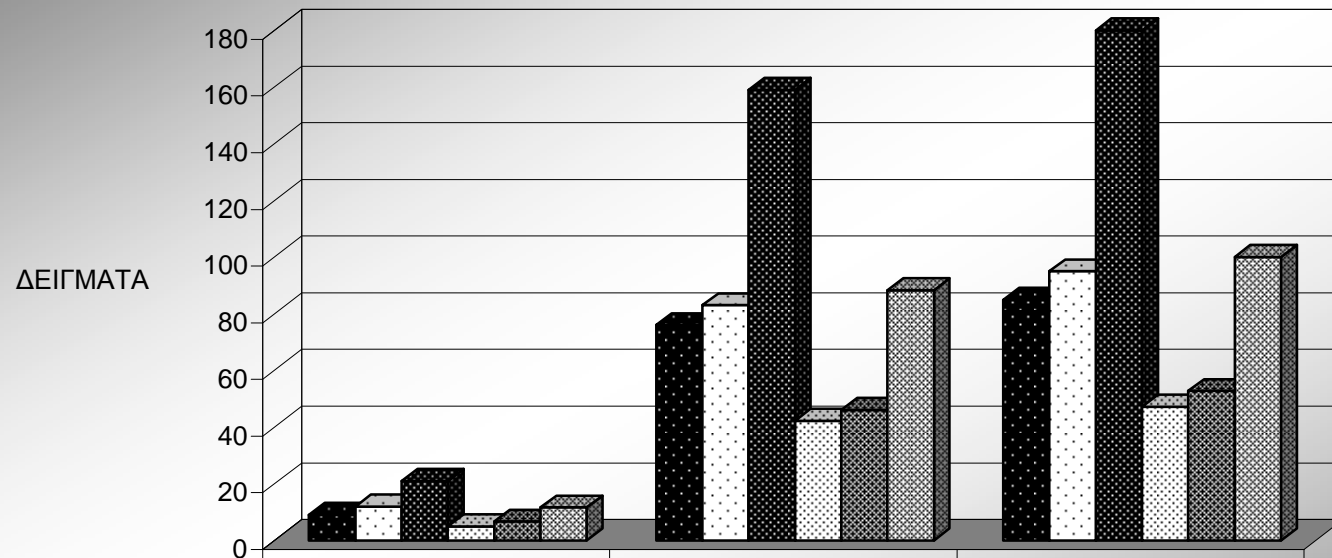
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	39	35	29	0	0	103
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	35	33	37	0	0	105
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	74	68	66	0	0	208
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	18.8	16.8	13.9	0.0	0.0	49.5
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	16.8	15.9	17.8	0.0	0.0	50.5
■ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)	35.6	32.7	31.7	0.0	0.0	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 40α

30-45 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	9	12	21	5.0	6.7	11.7
ΟΧΙ	76	83	159	42.2	46.1	88.3
	85	95	180	47.2	52.8	100.0

Έχετε αυξημένη κόπωση?(30-45ετων)



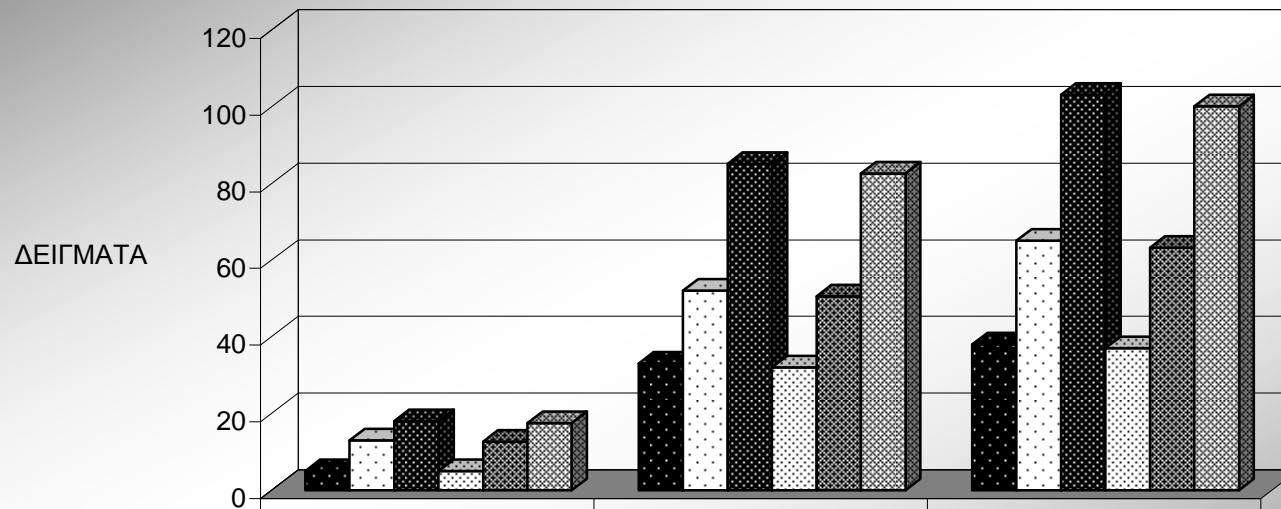
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	9	76	85
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	12	83	95
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	21	159	180
▣ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	5.0	42.2	47.2
▣ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	6.7	46.1	52.8
▣ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)	11.7	88.3	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 40β

45-60 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	5	13	18	4.9	12.6	17.5
ΟΧΙ	33	52	85	32.0	50.5	82.5
	38	65	103	36.9	63.1	100.0

Έχετε αυξημένη κόπωση?(45-60ετων)



	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	5	33	38
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	13	52	65
▣ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	18	85	103
▤ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	4.9	32.0	36.9
▥ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	12.6	50.5	63.1
▧ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %	17.5	82.5	100.0

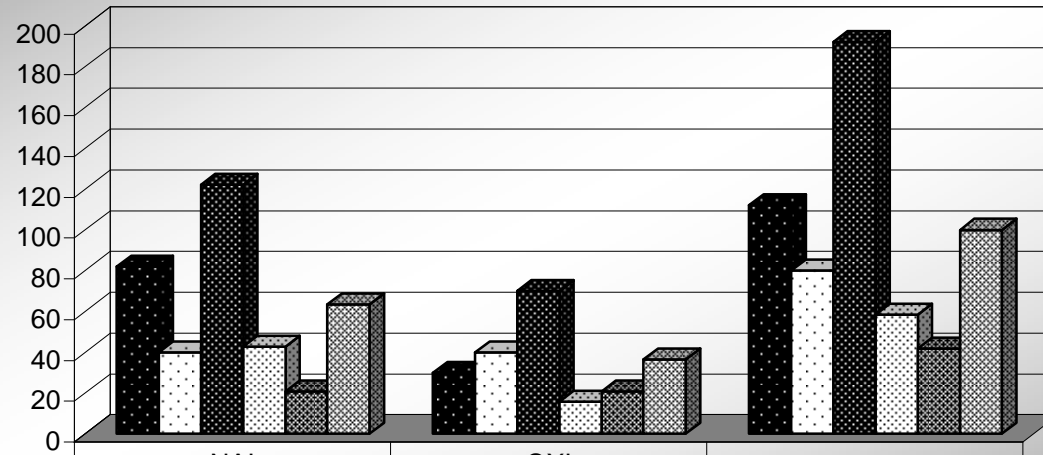
ΠΙΝΑΚΑΣ 40γ

60 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	82	40	122	42.7	20.8	63.5
ΟΧΙ	30	40	70	15.6	20.8	36.5
	112	80	192	58.3	41.7	100.0

Έχετε αυξημένη κόπωση(>60ετων)

ΔΕΙΓΜΑΤΑ



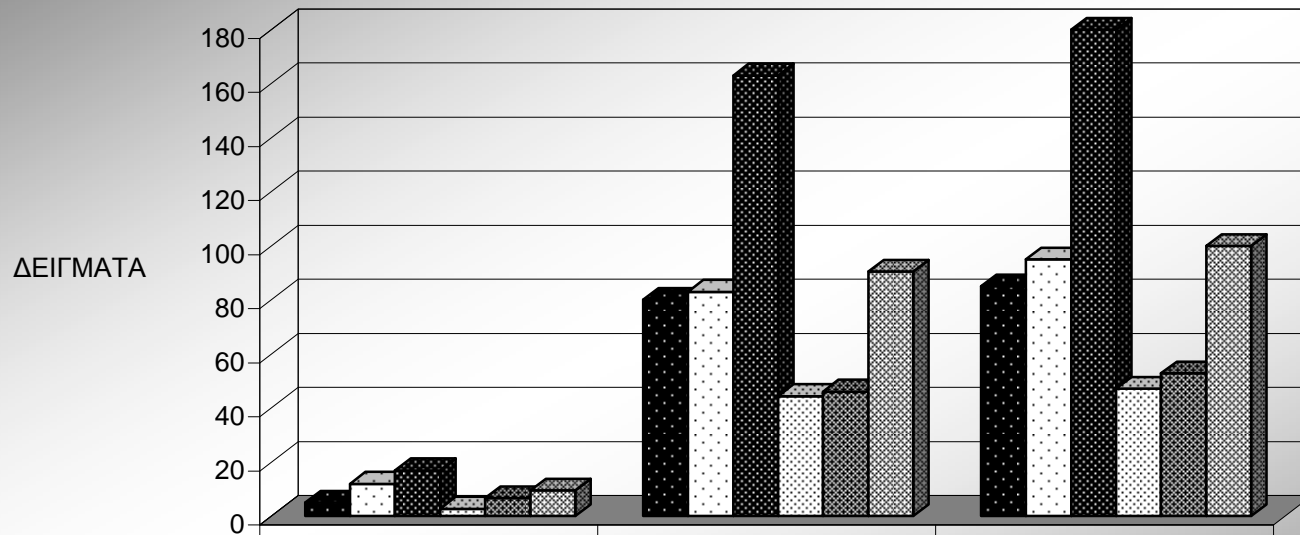
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	82	30	112
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	40	40	80
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	122	70	192
▣ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	42.7	15.6	58.3
▣ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	20.8	20.8	41.7
▣ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)	63.5	36.5	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 41α

30-45 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	5	12	17	2.8	6.7	9.4
ΟΧΙ	80	83	163	44.4	46.1	90.6
	85	95	180	47.2	52.8	100.0

Έχετε Ταχυκαρδία?(30-45ετων)



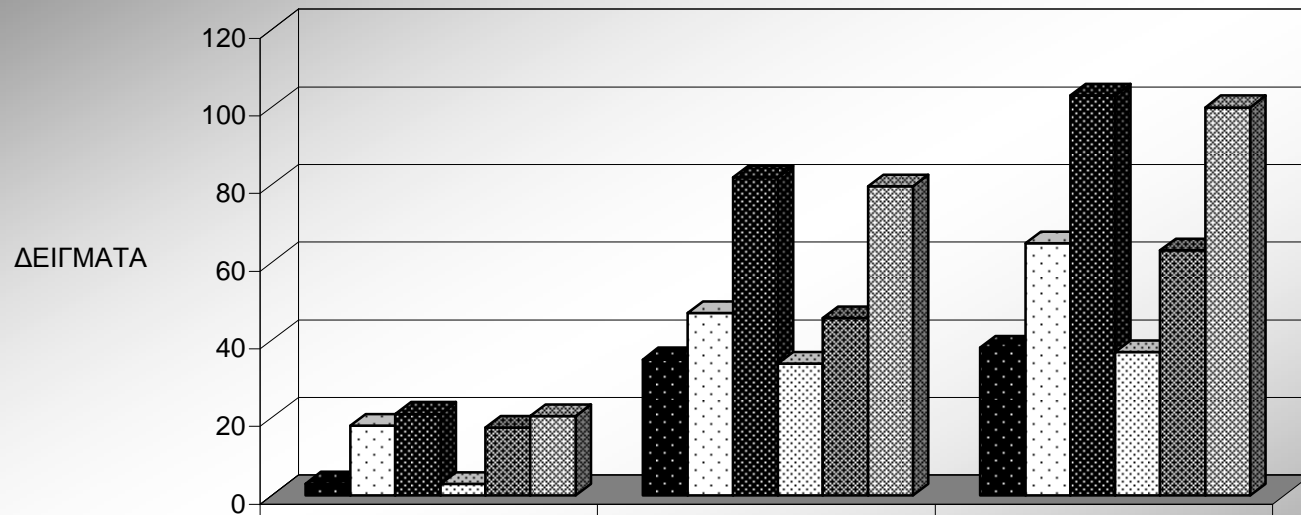
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	5	80	85
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	12	83	95
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	17	163	180
▨ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	2.8	44.4	47.2
▨ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	6.7	46.1	52.8
▨ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)	9.4	90.6	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 41β

45-60 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	3	18	21	2.9	17.5	20.4
ΟΧΙ	35	47	82	34.0	45.6	79.6
	38	65	103	36.9	63.1	100.0

Έχετε Ταχυκαρδία?(45-60ετων)



	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	3	35	38
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	18	47	65
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	21	82	103
□ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	2.9	34.0	36.9
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	17.5	45.6	63.1
□ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)	20.4	79.6	100.0

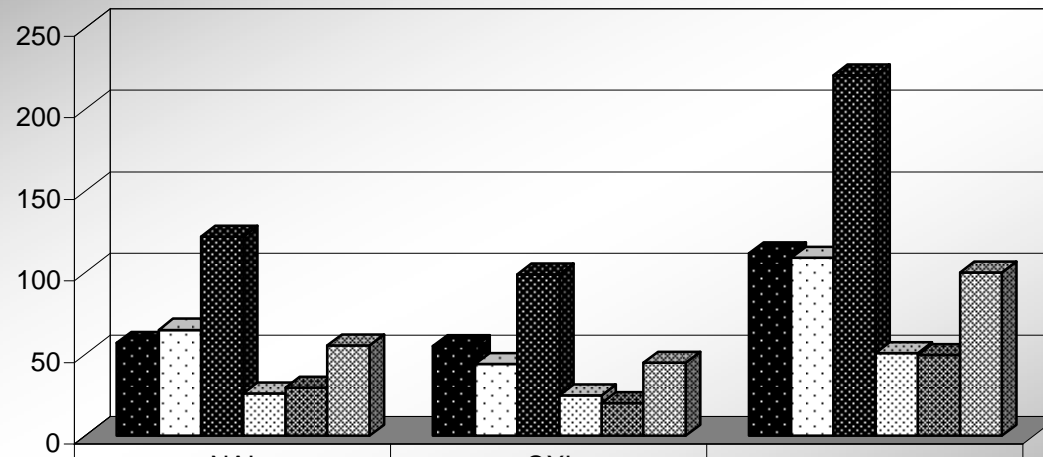
ΠΙΝΑΚΑΣ41γ

60 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	57	65	122	25.8	29.4	55.2
ΟΧΙ	55	44	99	24.9	19.9	44.8
	112	109	221	50.7	49.3	100.0

Έχετε Ταχυκαρδία?(<60ετων)

ΔΕΙΓΜΑΤΑ



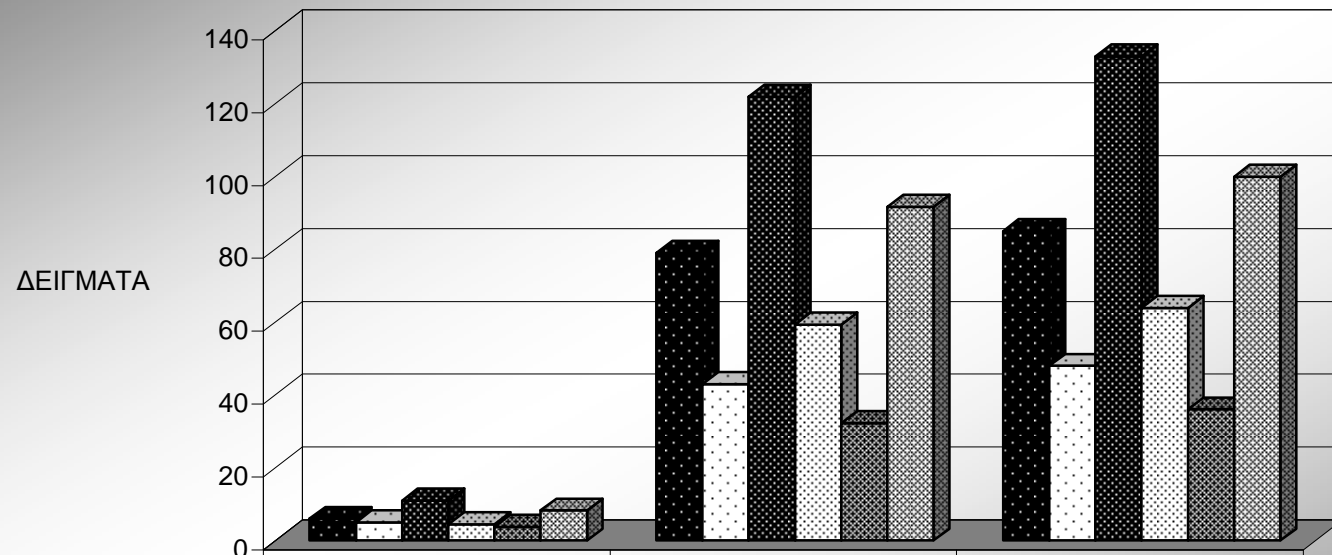
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	57	55	112
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	65	44	109
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	122	99	221
□ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	25.8	24.9	50.7
■ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	29.4	19.9	49.3
■ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %	55.2	44.8	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 42α

30-45 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	6	5	11	4.5	3.8	8.3
ΟΧΙ	79	43	122	59.4	32.3	91.7
	85	48	133	63.9	36.1	100.0

Έχετε Πίεση?(30-45ετων)



	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	6	79	85
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	5	43	48
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	11	122	133
▣ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	4.5	59.4	63.9
▣ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	3.8	32.3	36.1
▣ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)	8.3	91.7	100.0

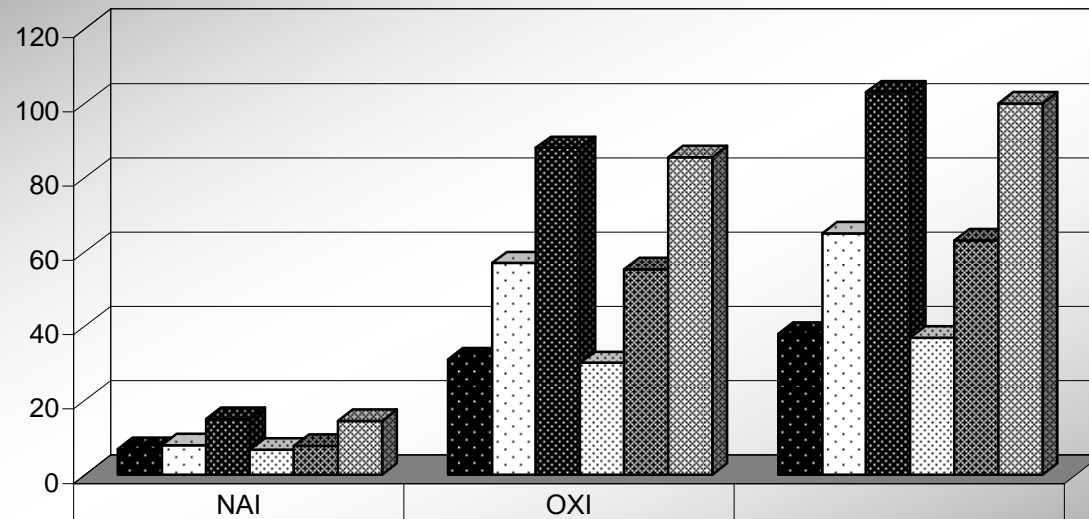
ΠΙΝΑΚΑΣ 42β

45-60 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	7	8	15	6.8	7.8	14.6
ΟΧΙ	31	57	88	30.1	55.3	85.4
	38	65	103	36.9	63.1	100.0

Έχετε Πίεση?(45-60ετων)

ΔΕΙΓΜΑΤΑ

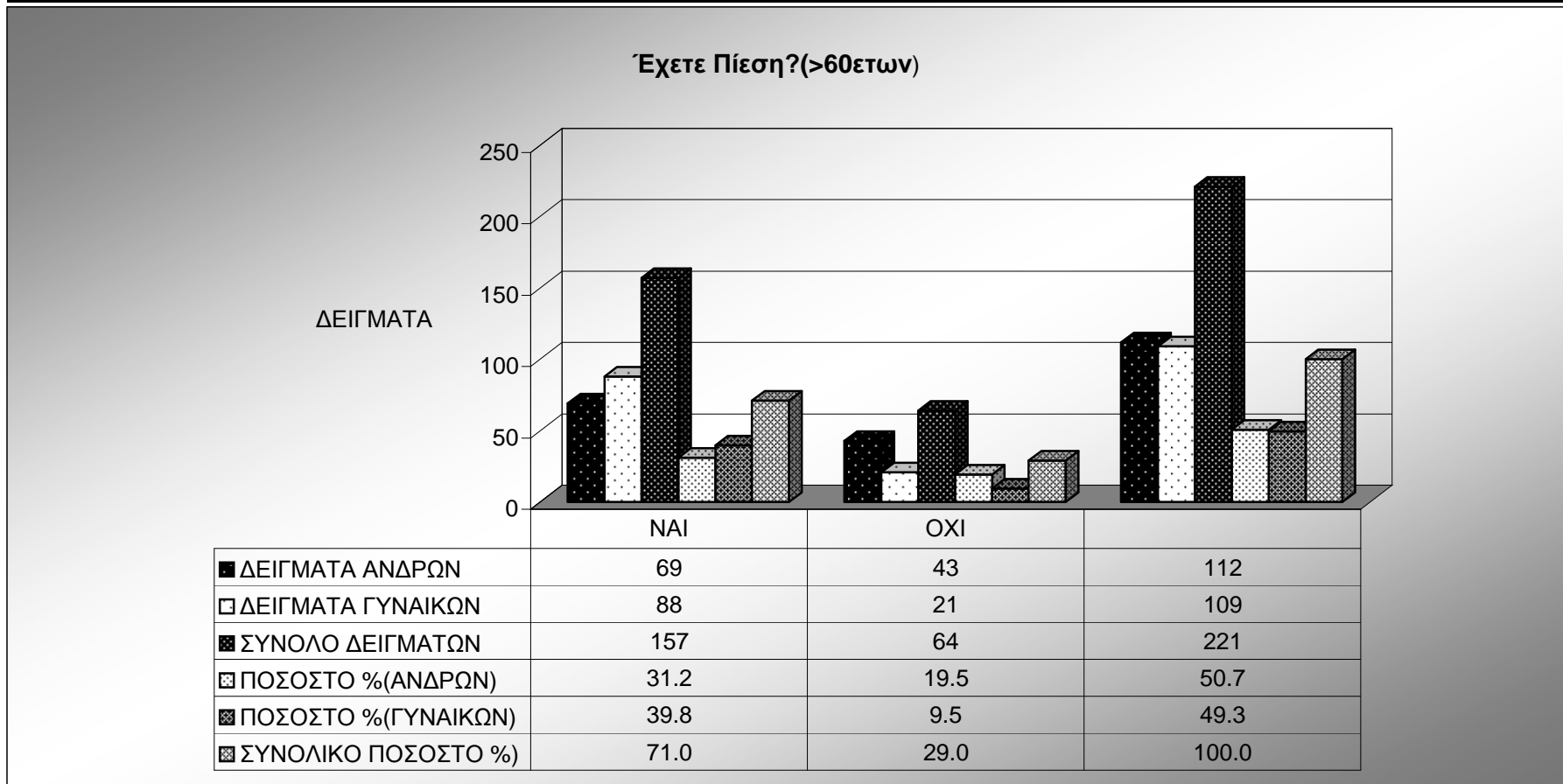


■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	7	31	38
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	8	57	65
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	15	88	103
▨ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	6.8	30.1	36.9
▨ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	7.8	55.3	63.1
▨ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %	14.6	85.4	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 42γ

60 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	69	88	157	31.2	39.8	71.0
ΟΧΙ	43	21	64	19.5	9.5	29.0
	112	109	221	50.7	49.3	100.0

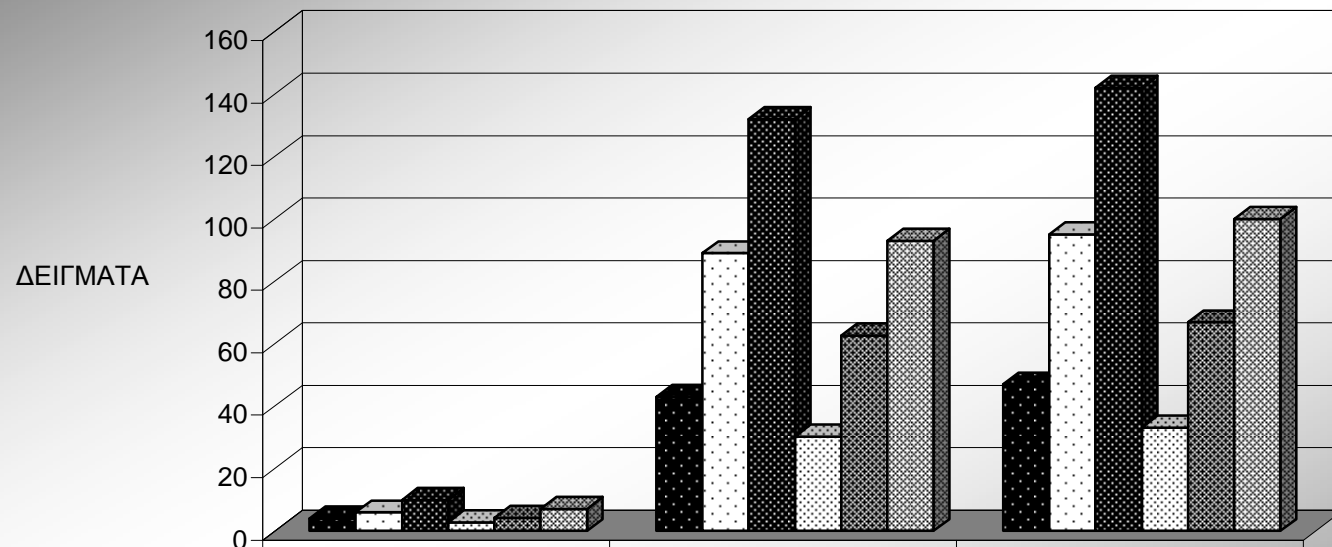


ΠΙΝΑΚΑΣ 43α

30-45 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	4	6	10	2.8	4.2	7.0
ΟΧΙ	43	89	132	30.3	62.7	93.0
	47	95	142	33.1	66.9	100.0

Έχετε πόνο στο Στήθος?(30-45ετων)



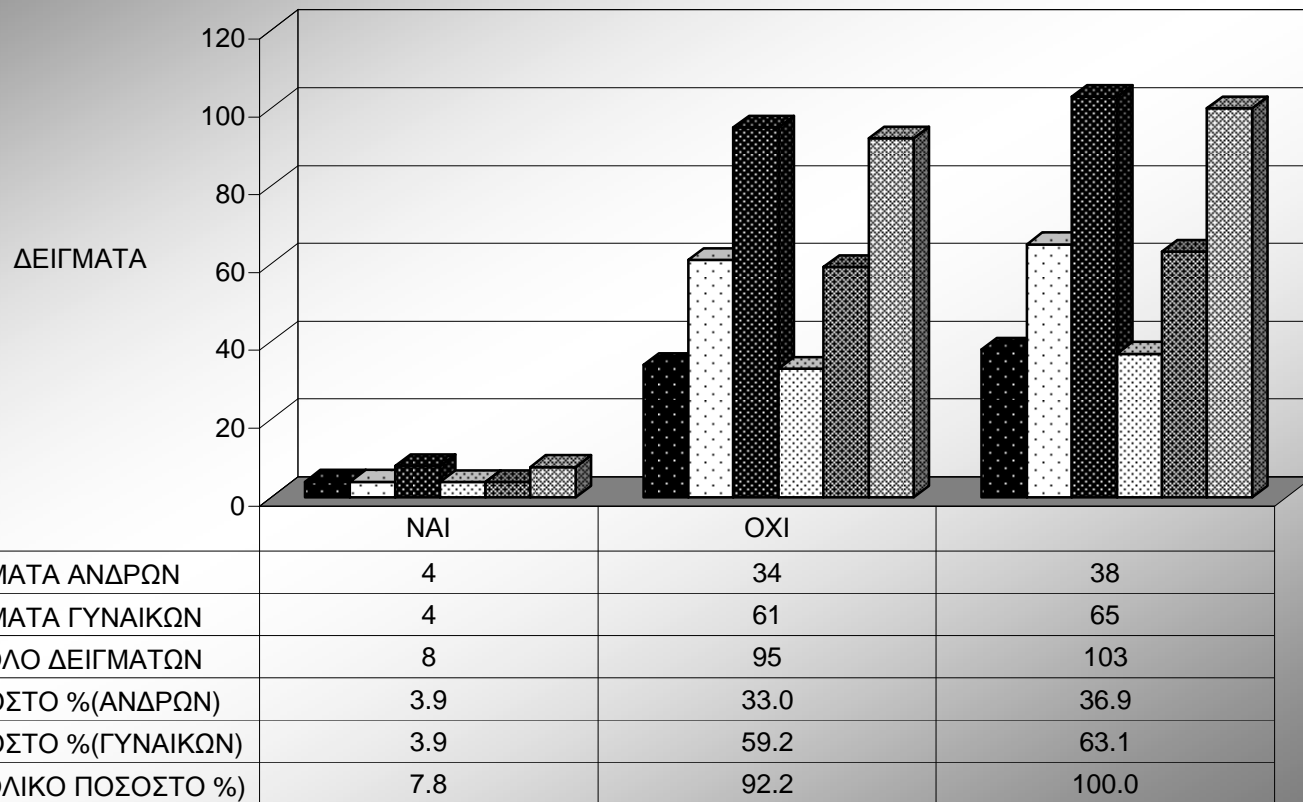
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	4	43	47
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	6	89	95
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	10	132	142
▣ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	2.8	30.3	33.1
▣ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	4.2	62.7	66.9
▣ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %	7.0	93.0	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 43β

45-60 ΕΤΩΝ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %)
ΝΑΙ	4	4	8	3.9	3.9	7.8
ΟΧΙ	34	61	95	33.0	59.2	92.2
	38	65	103	36.9	63.1	100.0

Έχετε πόνους στο Στήθος?(45-60ετων)



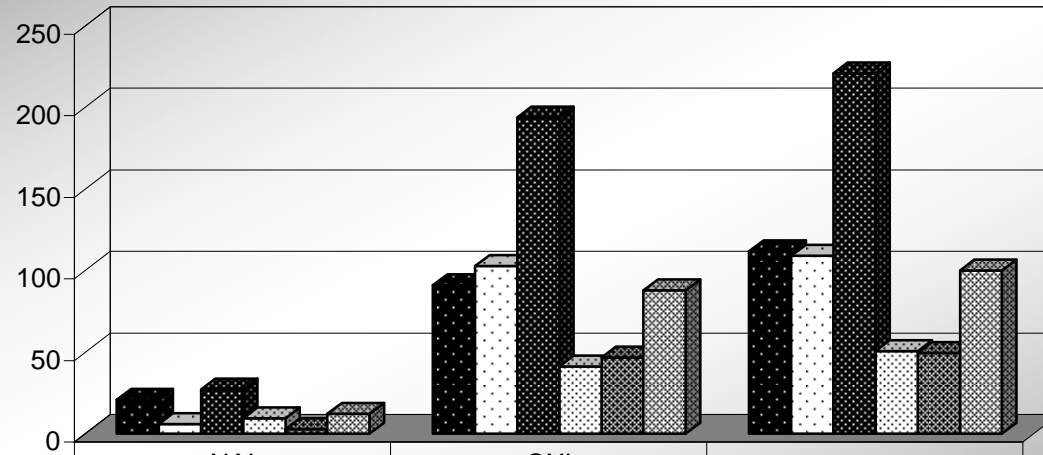
ΠΙΝΑΚΑΣ 43γ

60 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ

	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	21	6	27	9.5	2.7	12.2
ΟΧΙ	91	103	194	41.2	46.6	87.8
	112	109	221	50.7	49.3	100.0

Έχετε πόνους στο Στήθος?(>60ετων)

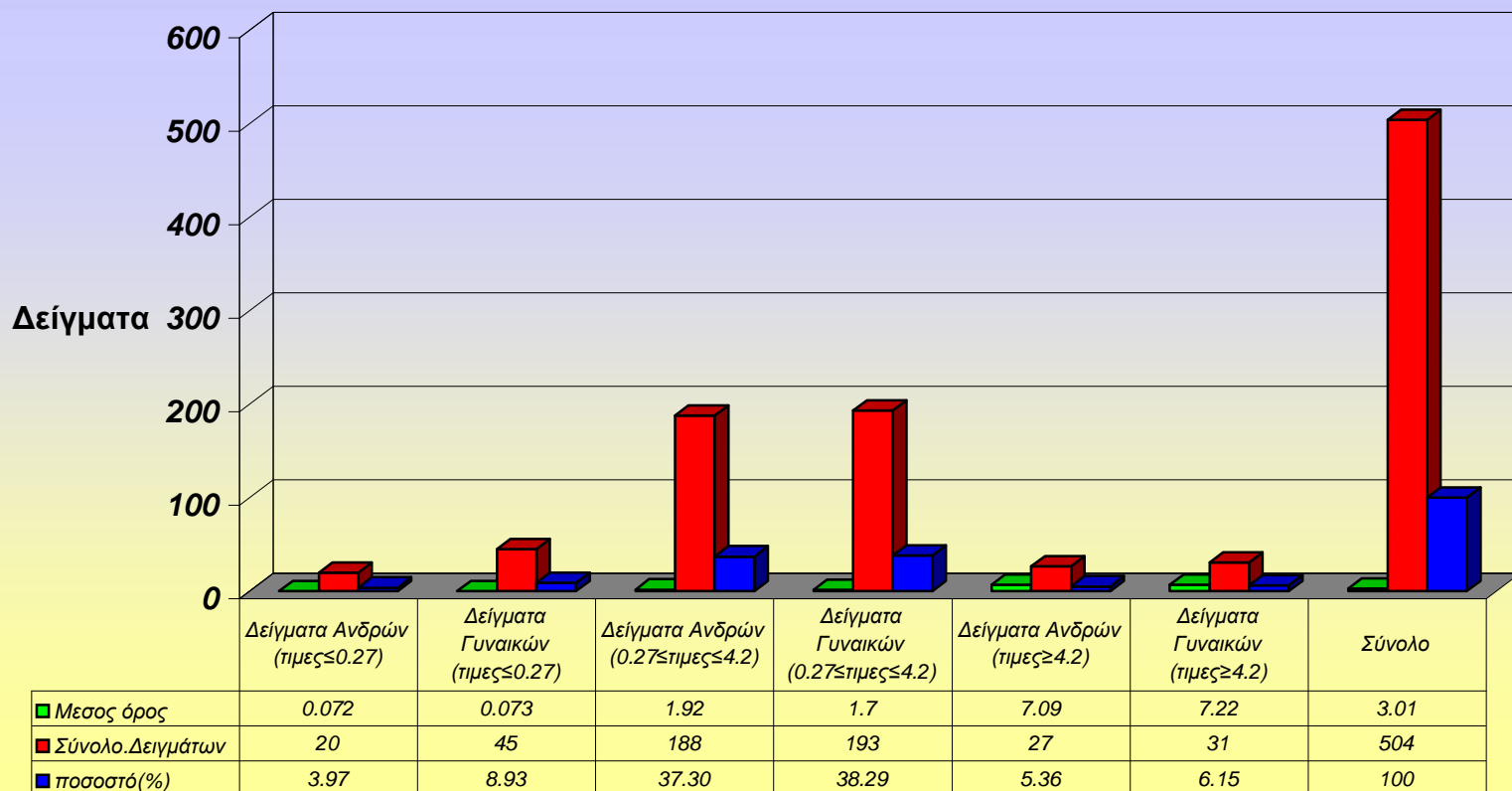
ΔΕΙΓΜΑΤΑ



■ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΝΔΡΩΝ	21	91	112
□ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	6	103	109
■ ΣΥΝΟΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ	27	194	221
▣ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΑΝΔΡΩΝ)	9.5	41.2	50.7
▣ ΠΟΣΟΣΤΟ %(ΓΥΝΑΙΚΩΝ)	2.7	46.6	49.3
▣ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟΣΤΟ %	12.2	87.8	100.0

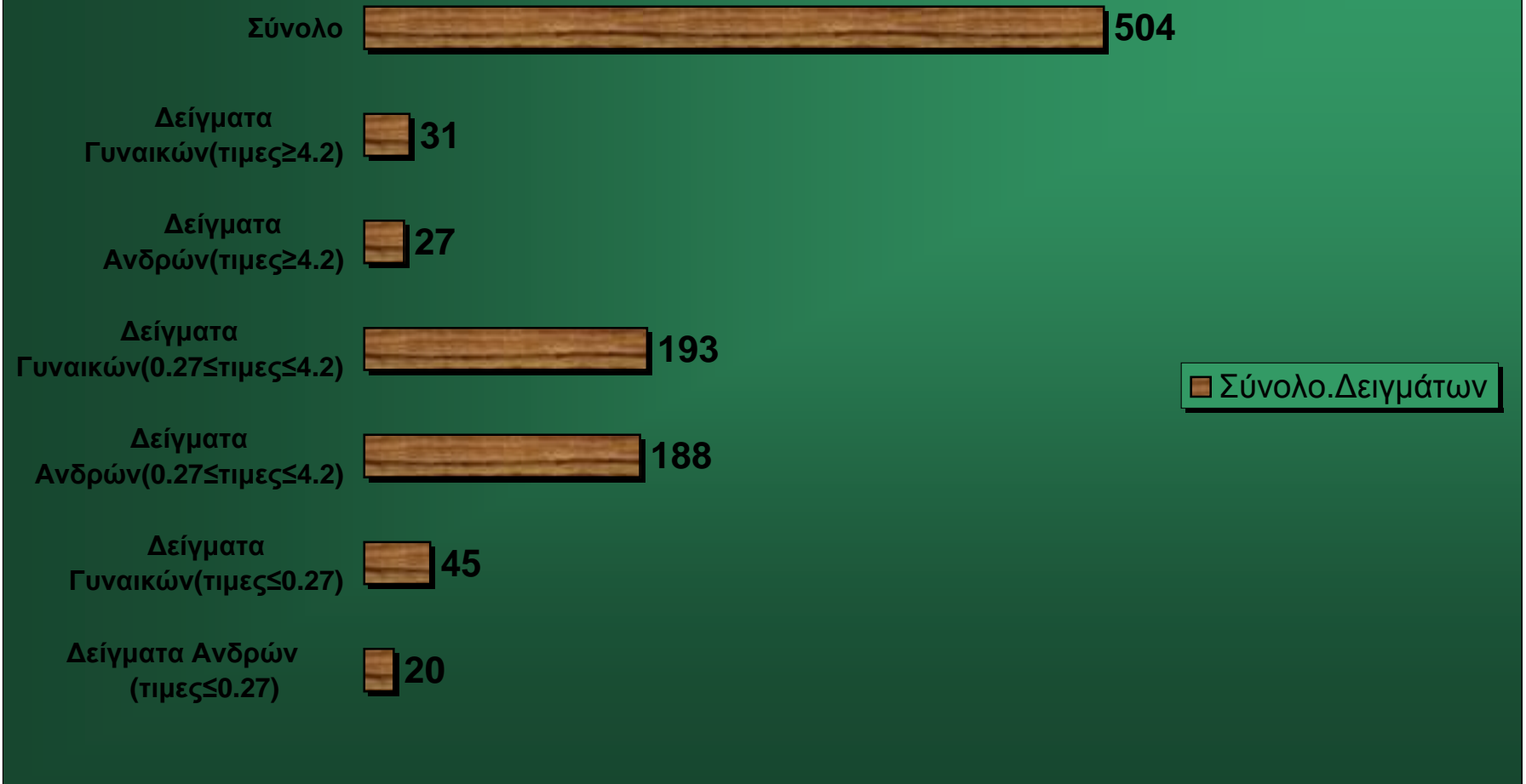
	Δείγματα Ανδρών (τιμες≤0.27)	Δείγματα Γυναικών (τιμες≤0.27)	Δείγματα Ανδρών (0.27≤τιμες≤4.2)	Δείγματα Γυναικών (0.27≤τιμες≤4.2)	Δείγματα Ανδρών (τιμες≥4.2)	Δείγματα Γυναικών (τιμες≥4.2)	Σύνολο
Μεσος όρος	0.072	0.073	1.92	1.7	7.09	7.22	3.01
Σύνολο.Δειγμάτων	20	45	188	193	27	31	504
ποσοστό(%)	3.97	8.93	37.30	38.29	5.36	6.15	100

Αναλυτικός Πίνακας Τιμών Θυρεοδοτρόπου Ορμόνης (TSH)



	Δείγματα Ανδρών (τιμες≤0.27)	Δείγματα Γυναικών(τιμες≤0.27)	Δείγματα Ανδρών(0.27≤τιμες≤4.2)	Δείγματα Γυναικών(0.27≤τιμες≤4.2)	Δείγματα Ανδρών(τιμες≥4.2)	Δείγματα Γυναικών(τιμες≥4.2)	Σύνολο
Σύνολο.Δειγμάτων	20	45	188	193	27	31	504

Γενικός πίνακας τιμών Θυροειδοτρόπου Ορμόνης(TSH)



ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΠΙΝΑΚΕΣ

Τον συνολικό πίνακα δειγμάτων(504 άτομα από ιατρείο στη Λάρισα) τον χωρίσαμε σε δυο μεγάλες κατηγορίες ανδρών και γυναικών, τις οποίες υποδιαιρέσαμε τρεις κατηγορίες ηλικιών(30-45,45-60,>60) και βάρους(60-75,75-90,>90) παίρνοντας και τις ανάλογες μετρήσεις ΠΙΝΑΚΑΣ(1α,β,γ&2α,β,γ)Αναπτύξαμε σε ποσοστιαία αναλογία τις απαντήσεις που δόθηκαν στα ερωτηματολόγια.

Στο ΠΙΝΑΚΑ(3α,β,γ)προσπαθήσαμε να προσδιορίσουμε την τελευταία εξέταση που έκαναν σε καρδιολογικό ιατρείο. Στους ΠΙΝΑΚΕΣ(4α,β,γ &11α,β,γ) η ερώτηση μας είναι αν επισκέφτηκαν τον καρδιολόγο γιατρό προληπτικά ή αν πήγαν μετά από απλές καρδιακές ενοχλήσεις(ΠΙΝΑΚΑΣ 5α,β,γ) η έντονες καρδιακές ενοχλήσεις (ΠΙΝΑΚΑΣ 6Α,Β,Γ)Αν έχουν γίνει εξετάσεις όπως: ηλεκτροκαρδιογράφημα(ΠΙΝΑΚΑΣ7α,β,γ),test-κοπώσεως (ΠΙΝΑΚΑΣ8α,β,γ),εξετάσεις αίματος (ΠΙΝΑΚΑΣ 9α,β,γ) και βρέθηκε κάποιο καρδιακό πρόβλημα (ΠΙΝΑΚΑΣ 10α,β,γ) που απαιτούσε θεραπεία από καρδιολόγο ιατρό (ΠΙΝΑΚΑΣ 12α,β,γ) και λήψη φαρμάκων (ΠΙΝΑΚΑΣ 13α,β,γ).Στη συνέχεια αν ακολουθήθηκε πιστά η θεραπευτική αγωγή (ΠΙΝΑΚΑΣ 14α,β,γ). καθώς και η επανεξέταση στο καρδιολογικό ιατρείο δίνοντας και μια χρονική απόκλιση από την κανονική επίσκεψη παρακολούθησης της καρδιάς (ΠΙΝΑΚΑΣ 15α,β,γ).Στους (ΠΙΝΑΚΕΣ 16α,β,γ-17α,β,γ-18α,β,γ-19α,β,γ-20α,β,γ-) γίνεται λόγος σε κάποια καρδιολογικά προβλήματα όπως μυοκαρδιοπάθεια, καρδιακή ανεπάρκεια, αρρυθμίες φύσημα καρδιάς, βαλβιδοπάθεια καθώς και σε κάποιες παθήσεις του περιφερικού κυκλοφορικού συστήματος όπως πίεση χαμηλή-υψηλή, κίρσους, θρομβοφλεβίτιδα (ΠΙΝΑΚΕΣ 21α,β,γ,- 22α,β,γ-23α,β,γ-24α,β,γ -25α,β,γ) δείχνοντας πόσα από τα άτομα μας νοσούν και από ποιο καρδιακό νόσημα.

Στους (ΠΙΝΑΚΕΣ 26α,β,γ-27α,β,γ-28α,β,γ) τα στοιχεία που συλλέξαμε μας δείχνουν πόσοι έχουν κάνει εγχείρηση καρδιάς, πόσοι έχουν βάλει βηματοδότη και πόσοι έχουν μετρηθεί με HOLTTER.Αν υπάρχει παραπομπή του καρδιολόγου σε ιατρό ενδοκρινολόγο με την σκέψη ότι φταίει ο θυρεοειδής για την κακή λειτουργία της καρδιάς (ΠΙΝΑΚΑΣ 29α,β,γ) και πόσοι ακολούθησαν τις εντολές για εξέταση από ενδοκρινολόγο δείχνοντας και το διάστημα χρονικής απόκλισης (ΠΙΝΑΚΑΣ 30α,β,γ)

Στους (ΠΙΝΑΚΕΣ 31α,β,γ-32α,β,γ-33α,β,γ-34α,β,γ)δείχνουμε το ποσοστό και τις παθήσεις του θυρεοειδή από τις οποίες πάσχουν οι ασθενείς. Αν παίρνουν φάρμακα για τον θυρεοειδή (ΠΙΝΑΚΕΣ 35α,β,γ),ακολούθηθηκε πιστά η θεραπευτική αγωγή (ΠΙΝΑΚΕΣ 36α,β,γ) καθώς και η επανεξέταση(ΠΙΝΑΚΕΣ 37α,β,γ).Ανάλογα αν υπάρχει παραπομπή του ενδοκρινολόγου σε καρδιολόγο λόγω ευρημάτων που βρέθηκαν όπως αυξημένη κόπωση (ΠΙΝΑΚΕΣ 40α,β,γ)ταχυκαρδία (ΠΙΝΑΚΕΣ 41α,β,γ) πίεση, (ΠΙΝΑΚΕΣ 42α,β,γ),πόνους στο στήθος (ΠΙΝΑΚΕΣ 43α,β,γ).και αν ο ασθενής ακολούθησε την συμβουλή του ενδοκρινολόγου για καρδιολογική εξέταση μέσα σε κάποιο χρονικό διάστημα. Τέλος μετρήσεις αίματος θυρεοειδή (πίνακας 41)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟΥΣ ΠΙΝΑΚΕΣ

Στις ηλικίες 30-45 ανδρών και γυναικών τελευταία καρδιολογική εξέταση κάτω των δύο χρόνων το ποσοστό είναι 54% ενώ πάνω από δύο χρόνια και περισσότερο είναι 46%. Στις ηλικίες 45-60 που επισκέφτηκαν τον καρδιολόγο το ποσοστό είναι 67% και 33% ενώ ανω των 60 είναι 95% που πήγαν και 5% που δεν πήγαν

Επίσκεψη στον καρδιολόγο γιατρό προληπτικά στις ηλικίες 30-45 τον επισκέφτηκαν 43,3% και 56,7% δεν τον επισκέφτηκαν. Στις ηλικίες 45-60 35,9% τον επισκέφτηκαν και 64,1% δεν τον επισκέφτηκαν. Στις ηλικίες ≥60 75,6% τον επισκέφτηκαν και 24,4% δεν τον επισκέφτηκαν. Με χ^2 στατιστική εκτίμηση στις ηλικίες 30-45 ($p < 0,05$) $p = 0,063$ δεν είναι στατιστικά σημαντικό (78ΝΑΙ-102ΟΧΙ), στις ηλικίες 45-60 $p = 0,04$ είναι στατιστικά σημαντικό αφού στις ηλικίες αυτές δεν πάνε στο καρδιολόγο γιατρό πολλοί και τέλος για $p = 0,0001$ στις ηλικίες >60 είναι ισχυρά στατιστικά σημαντικό

Επίσκεψη στο γιατρό μετά από απλές καρδιακές ενοχλήσεις στις ηλικίες 30-45 τον επισκέφτηκαν 23,3% και 58,9% δεν τον επισκέφτηκαν. Στις ηλικίες 45-60 41,7% τον επισκέφτηκαν και 50,5% δεν τον επισκέφτηκαν. Στις ηλικίες ≥60 50,2% τον επισκέφτηκαν και 48,9% δεν τον επισκέφτηκαν

Επίσκεψη στο γιατρό μετά από έντονες καρδιακές ενοχλήσεις. Στις ηλικίες 30-45 δεν είχαμε άτομα με έντονες καρδιακές ενοχλήσεις 87,7% αλλά μόνο 12,2% οι οποίοι λόγω των έντονων ενοχλήσεων πήγαν στο γιατρό. Στις ηλικίες 45-60 71,8% δεν είχαν ενοχλήσεις και 28,2% είχαν έντονες καρδιακές ενοχλήσεις και πήγαν στο γιατρό. Στις ηλικίες ≥60 83,7% είχαν έντονες καρδιακές ενοχλήσεις και όλοι πήγαν στο γιατρό, είχαμε 16,3% χωρίς ενοχλήσεις

Σε εξετάσεις που μπορούν να δείξουν κάποιο καρδιολογικό πρόβλημα το 92% έχει κάνει εξέταση αίματος, ηλεκτροκαρδιογράφημα 64% και test κοπώσεως 53,1%

Από τα ευρήματα 51% των ασθενών διαγνώστηκε καρδιακό πρόβλημα και το 45% απαιτούσε θεραπεία και φαρμακευτική αγωγή. Η φαρμακευτική αγωγή ακολουθήθηκε πιστά από το 73% ενώ σχετικά με την επανεξέταση στο γιατρό για την πορεία της νόσου το 34% επισκέφτηκε στο σωστό χρόνο το γιατρό, με το υπόλοιπο 66% να κυμαίνεται μεταξύ 2-6 μήνες.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΒΡΕΘΗΚΑΝ, ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ:

Μυοκαρδιοπάθεια 6,5%

Αρρυθμίες: 50,5%

Φύσημα καρδιάς: 9%

Βαλβιδοπάθεια: 16%

Χαμηλή πίεση: 24%

Υψηλή πίεση: 14%

Κιρσούς: 21,1% κυρίως στις γυναίκες

Θρομβοφλεβίτιδα: 17,2%

Καρδιακή ανεπάρκεια: 16% με το 12,6% να έχει πάθει έμφραγμα μυοκαρδίου

Το 10% έχει κάνει εγχείρηση καρδιάς, το 3% <<φέρει>> βηματοδότη και με ποσοστό 20% του συνόλου οι γυναίκες έχουν βάλει μηχανήμα HOLTTER.

Ο καρδιολόγος έχει παραπέμψει για ενδοκρινολογικό έλεγχο τον 56% του συνόλου των ασθενών με την σκέψη ότι ο θυρεοειδής μπορεί να ευθύνεται για τα καρδιακά προβλήματα ενώ η επίσκεψη στον ενδοκρινολόγο γίνεται σε ποσοστό 60% 2-6 μήνες μετά και μόλις το 40% επισκέπτεται τον ενδοκρινολόγο άμεσα

Οι ασθενείς που απάντησαν το ερωτηματολόγιο έχουν γνωστό θυρεοειδικό νόσημα έχει δοθεί σε όλους φαρμακευτική αγωγή που το 59% την ακολουθεί πιστά ενώ μόνο το 32% επανεξετάζεται στο σωστό χρόνο που έχει καθοριστεί από τον θεράποντα γιατρό με το 68% να κυμαίνεται από 2έως 6 μήνες .

Το 60% μετά την ενημέρωση του ενδοκρινολόγου ότι ο θυρεοειδής μπορεί να μην ευθύνεται για τα καρδιακά ενοχλήματα και πρέπει να επισκεφτούν ένα ειδικό καρδιολόγο για να εξηγήσει καλύτερα τα ευρήματα κάνει από 2-6 μήνες να εξεταστεί.Ενώ 24% των καρδιακών παθήσεων οφείλεται στην δυσλειτουργία του θυρεοειδή(υποθυρεοειδισμός-υπερθυρεοειδισμός Συνολο:123 άτομα)

ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ:

αυξημένη κόπωση: 39%

Ταχυκαρδία :31%

Πίεση: 36%

Πόνους στο στήθος:9%

ΝΟΣΗΜΑΤΑ:

Υποθυρεοειδισμός: 26%

Υπερθυρεοειδισμός: 7,7%

Χρόνια θυρεοειδίτιδα σε ευθυρεοειδικό στάδιο: 61.1%

Εγχείρηση θυρεοειδούς: 4,7

Στον υπερθυρεοειδισμό (οι υψηλές τιμές 58 δειγμάτων) αυξάνονται οι ανάγκες σε οξυγόνο καθώς επίσης και η ευαισθησία στην διέγερση του συμπαθητικού αυξάνει το έργο που απαιτείται από την καρδιά ενώ προκαλείται ταχυκαρδία και αρρυθμία.Πρέπει να αναζητείται σε κάθε περίπτωση ανεξήγητης φλεβοκομβικής ταχυκαρδίας ή κολπικής μαρμαρυγής ή σε καρδιακή ανεπάρκεια που είναι ανεξήγητη ή συνοδεύεται από ταχεία κυκλοφορία ή δεν ανταποκρίνεται στην θεραπεία.

Στον υποθυρεοειδισμό(οι χαμηλές τιμές που βρέθηκαν σε 65 δείγματα) το μυξοίδημα προκαλεί άθροιση περικαρδιακού υγρού. Επίσης με αύξηση της χοληστερόλης προκαλεί στεφανιαία νόσο που παραμένει συχνά ασυμπτωματική, μέχρις ότου αυξηθούν οι ανάγκες με την αποκατάσταση του ευθυρεοειδισμού. Η χορήγηση φυσιολογικών δόσεων θυροξίνης σε μυξοίδημα μπορεί να έχει βαριές συνέπειες στην καρδιά. Αυξάνει τις ανάγκες σε οξυγόνο και την ευαισθησία στην διέγερση του συμπαθητικού (αυξάνει το έργο που απαιτείται από την καρδιά ενώ προκαλείται ταχυκαρδία και αρρυθμία)Συνολο:123 άτομα

ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ



Δυστυχώς τα στατιστικά στοιχεία γύρω από τους θανάτους από καρδιαγγειακές παθήσεις στην Ελλάδα δεν είναι ευχάριστα. Ο καλύτερος τρόπος για να προστατεύσουμε την καρδιά από τέτοιου είδους ασθένειες είναι να γνωρίζουμε την αιτία που τις προκαλεί, ώστε να μπορέσουμε να "οχυρώσουμε" την άμυνα του οργανισμού μας απέναντί τους όσο το δυνατό καλύτερα. Με βασικότερους παράγοντες που προκαλούν προβλήματα στην καρδιά, την αύξηση της χοληστερόλης στο αίμα, το κάπνισμα, η υπέρταση, η έλλειψη σωματικής άσκησης, η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης, το άγχος και η κληρονομικότητα.

Με την δική μας μελέτη τοποθετούμαστε και εμείς στις ήδη προηγούμενα συμπεράσματα ότι δηλαδή το 50% έχει επισκεφτεί τον καρδιολόγο προληπτικά ,ενώ στις ηλικίες 30-60 το 60% σε απλές καρδιακές ενοχλήσεις δεν πήγαν στο γιατρό και τον επισκέπτονται μόνο όταν έχουν έντονα καρδιακά συμπτώματα.. Περίπου οι μισοί ασθενείς αποκλίνουν από τον χρονικό προσδιορισμό επανεξέτασης και το 1/3 δεν λαμβάνει σωστά την φαρμακευτική του αγωγή.Ο Θυρεοειδής σε ποσοστό 24% αν δυσλειτουργεί επηρεάζει αρνητικά την λειτουργία της καρδιάς επιβαρύνοντας με επιπλέον έργο

Ένας σημαντικός τομέας της πρόληψης είναι η σωστή και έγκυρη ενημέρωση για τα νοσήματα της καρδιάς και πως με απλά βήματα και με τη βοήθεια κατάλληλων εξετάσεων προλαμβάνουμε παθήσεις που μπορούν να αποβούν μοιραίες για την ζωή μας . Η σωστή ενημέρωση θα πρέπει να επαρκεί για να αλλάξει την συμπεριφορά του ατόμου και να το ωθήσει σε θετικές στάσεις και τρόπους ζωής.

With our study we also were placed in the already previous conclusions namely the 50% of patients have visited the cardiologist preventively, while in ages 30-60 the 60% in simple cardiac nuisances they did not go to the doctor, they only visit him when they have intense cardiac symptoms. Roughly the half patients deviate from the time determination of rechecking and the 1/3 do not receive accordingly the administer medication. If the Thyroid is not working properly and considering the percentage 24% then it influences negatively the operation of heart overloading with moreover work.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΓΕΝΙΚΟΥ ΜΕΡΟΥΣ

- www.incardiology.gr/kardia/kardia.htm
- *www.medlook.net/category*
- *health.in.gr*
- *www.iatronet.gr*