

## Μυοπάθεια

**Σύσταση 32:** Οι γενικοί ιατροί και οι άλλοι ιατροί στην Π.Φ.Υ. συστήνεται να ελέγχουν άμεσα τα επίπεδα της κρεατινικής κινάσης (CK) σε ασθενείς με μυαλγίες και μυϊκή αδυναμία που λαμβάνουν υπολιπιδαιμική αγωγή. Αν τα επίπεδα της CK είναι 5 φορές τα ανώτερα φυσιολογικά προτείνεται η προσωρινή διακοπή της στατίνης.

**Επίπεδο Τεκμηρίωσης: IV**

**Βαθμός Σύστασης: B**

## Διακοπή της θεραπείας

**Σύσταση 33:** Οι γενικοί ιατροί και οι άλλοι ιατροί στην Π.Φ.Υ. συνιστάται να διακόπτουν προσωρινά την υπολιπιδαιμική αγωγή όταν διαπιστώνεται άνοδος των τρανσαμινασών πάνω από 3 φορές από τα ανώτερα φυσιολογικά όρια.

**Επίπεδο Τεκμηρίωσης: II**

**Βαθμός Σύστασης: B**

Η άνοδος των τρανσαμινασών πάνω από 3 φορές από τα φυσιολογικά όρια είναι ένδειξη άμεσης διακοπής της υπολιπιδαιμικής αγωγής. Αν ο ιατρός θεωρήσει ότι η άνοδος αυτή οφείλεται σε άλλες αιτίες (π.χ αλκοόλ, μη αλκοολικό λιπώδες ήπαρ) μπορεί μετά την ομαλοποίηση των τρανσαμινασών να ξαναχορηγήσει την υπολιπιδαιμική αγωγή και να επανεξετάσει τις τρανσαμινασές σε διάστημα 4-6 εβδομάδων.

Η κρεατινική κινάση (CPK) δε χρειάζεται να μετριέται στον ασυμπτωματικό ασθενή με χαμηλό κίνδυνο ραβδομυόλυσης.<sup>17,20</sup> Η εμφάνιση μυαλγιών ή μυϊκής αδυναμίας, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους ασθενείς, οδηγεί στην άμεση διακοπή της στατίνης και στον έλεγχο της κρεατινικής κινάσης. Άνοδος της CPK πάνω από 5 φορές από τα φυσιολογικά όρια, οδηγεί στη διακοπή της θεραπείας λόγω του κινδύνου έντονης ραβδομυόλυσης. Μυϊκοί τραυματισμοί και κάματος μπορεί να ανεβάσουν την τιμή της CPK, αλλά παροδικά, και δεν είναι λόγος οριστικής διακοπής της θεραπείας.<sup>15,16,20</sup> Παραμένει αδιευκρίνιστο αν η χρήση άλλης στατίνης στον ίδιο ασθενή επηρεάζει τα επίπεδα της CPK. Η εμφάνιση μυοπάθειας είναι πιο συχνή στη συγχορήγηση στατίνης με γεμφιβροζίλη και όχι με φαινοφιμπράτη και γι' αυτό το λόγο η γεμφιβροζίλη δε χρησιμοποιείται πια.

Η άνοδος της κρεατινίνης που εμφανίστηκε σε πολλές μελέτες με ασθενείς υπό αγωγή με φιβράτες δε φαίνεται να αντανakλά μια μη αναστρέψιμη νεφρική βλάβη. Συστήνεται όμως, ετήσιος έλεγχος της κρεατινίνης πλάσματος σε αυτούς τους ασθενείς, ιδιαίτερα αν είναι και διαβητικοί.<sup>16</sup> Η φαινοφιβράτη δεν πρέπει να χρησιμοποιείται σε ασθενείς με GFR <50 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>.

## Συμμόρφωση

**Σύσταση 34:** Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και τους άλλους ιατρούς στην Π.Φ.Υ. σε συνεργασία με τους επαγγελματίες υγείας, να χρησιμοποιούν ποικίλες μεθόδους, όπως επικοινωνία μέσω τηλεφώνου ή ηλεκτρονικού ταχυδρομείου ή μέσω των μελών της οικογένειας, για την υπενθύμιση τόσο της θεραπείας αλλά και του απαιτούμενου κλινικού και εργαστηριακού ελέγχου, με στόχο την επίτευξη της μέγιστης συμμόρφωσης του ασθενούς με δυσλιπιδαιμία.



Με την συγχρηματοδότηση  
της Ελλάδας και της  
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.  
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ  
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ  
2007-2013



www.espa.gr

[www.ygeia-pronoia.gr](http://www.ygeia-pronoia.gr)

### Επίπεδο Τεκμηρίωσης: III

### Βαθμός Σύστασης: B

Η υγιεινή διατροφή, η άσκηση και η διακοπή του καπνίσματος είναι τα βασικά στοιχεία μιας προληπτικής στρατηγικής και επιτυγχάνονται πιο αποτελεσματικά μέσω οργανωμένων προγραμμάτων πρόληψης. Μεγάλη προσοχή πρέπει να δοθεί και στη χορήγηση της δόσης της φαρμακευτικής θεραπείας. Οι ιατροί της Π.Φ.Υ. πρέπει να δίνουν εξ αρχής την δόση του φαρμάκου που υπολογίζουν ότι θα επιτύχει τον θεραπευτικό στόχο σε ασθενείς με υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο. Σκοπός πρέπει να είναι και η μακροπρόθεσμη συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία προκειμένου να επιτευχθεί το μεγαλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα.<sup>58</sup>

Παρά τις αδιάσειστες αποδείξεις για την αποτελεσματικότητα των υπολιπιδαιμικών φαρμάκων, η υπολιπιδαιμική θεραπεία δε χρησιμοποιείται στον επιθυμητό βαθμό.<sup>59</sup> Έχει παρατηρηθεί στην καθημερινή πρακτική, η συνταγογράφηση της χαμηλότερης δυνατής αλλά υποθεραπευτικής δόσης στατινών, η οποία στη συνέχεια δεν αυξάνεται για την επίτευξη της μείωσης των λιπιδίων. Επιπλέον, ο βαθμός μακροπρόθεσμης συμμόρφωσης των ασθενών στη φαρμακευτική θεραπεία είναι μικρός, αφού περίπου το 1/3 των ασθενών σταματά τη θεραπεία μέσα στον πρώτο χρόνο. Η μη-αύξηση της χορηγούμενης δόσης φαρμάκου και η φτωχή συμμόρφωση των ασθενών είναι οι κύριοι λόγοι μη επίτευξης των φυσιολογικών επιπέδων λιπιδίων σε 4 από τους 5 ασθενείς με υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο.<sup>60,61</sup> Οι ασθενείς εμφανίζουν χαμηλή συμμόρφωση και ως προς τη διατήρηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής.

Οι βασικότεροι λόγοι μη-συμμόρφωσης, τόσο στη φαρμακευτική όσο και στη μη-φαρμακευτική θεραπεία, είναι το γεγονός ότι η δυσλιπιδαιμία δεν είναι νόσος. Ως επακόλουθο δεν έχει συμπτώματα και όντας μια μακρόχρονη διαδικασία δε θορυβεί τους ασθενείς. Αυτό αποδεικνύεται και από τις μελέτες πρωτογενούς πρόληψης, οι οποίες καταδεικνύουν μεγαλύτερο βαθμό διακοπής της θεραπείας σε σύγκριση με τις μελέτες δευτερογενούς πρόληψης. Συμπερασματικά φαίνεται ότι υπάρχει μεγαλύτερη συμμόρφωση του ασθενούς όταν υπάρχει ασθένεια.<sup>62</sup>

Άλλοι ανασταλτικοί παράγοντες στη συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία είναι η χαμηλή κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, το χαμηλό επίπεδο μόρφωσης, η ανεργία, η πολυπλοκότητα της δοσολογίας του φαρμάκου (π.χ. η συχνότητα της δόσης, η συνδυαστική θεραπεία, οι συχνές αλλαγές) και η μη ενεργή συμμετοχή του ασθενούς στη λήψη των αποφάσεων.<sup>63</sup>

Πολύ σημαντική θεωρείται η επίτευξη καλής συνεργασίας μεταξύ του επαγγελματία υγείας και του ασθενούς για την αύξηση του ποσοστού συμμόρφωσης. Η παροχή πληροφοριών για την δυσλιπιδαιμία και η εκπαίδευση του ασθενούς, έχει φανεί ότι βελτιώνει σε βάθος χρόνου, την συμμόρφωση του στη θεραπευτική αγωγή.<sup>64</sup> Σημαντικό είναι επίσης, ο γενικός ιατρός να συνταγογραφεί απλοποιημένη φαρμακευτική αγωγή και να ελέγχει τις ανεπιθύμητες αντιδράσεις, καθώς και τα δύο μπορεί να δυσκολέψουν τον



Με την συγχρηματοδότηση  
της Ελλάδας και της  
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.  
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ  
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ  
ΜΕΛΕΤΕΣ



www.espa.gr

[www.ygeia-pronoia.gr](http://www.ygeia-pronoia.gr)

ασθενή.<sup>50</sup> Επίσης, όπου η πρόσβαση στο φάρμακο είναι δύσκολη και το κόστος μεγάλο, καλό θα ήταν να εφαρμοστούν στρατηγικές βελτίωσης της προσβασιμότητας των πολιτών στα φάρμακα, όπως είναι η μείωση του κόστους των φαρμάκων.<sup>15,64</sup>

Σε μία μελέτη αναφέρεται ότι υπάρχει όφελος, αν και μικρό, από τη χρήση ηλεκτρονικών εργαλείων (e-health tools) για την υπενθύμιση του προσυμπτωματικού ελέγχου καθώς και εργαλείων υποστήριξης της απόφασης των ασθενών (decision support tools). Λόγω της χρήσης αυτών των εργαλείων, αυξήθηκαν τα άτομα που έκαναν τον καθιερωμένο προσυμπτωματικό έλεγχο (screening), αλλά και τα άτομα που πέτυχαν τους στόχους της LDL χοληστερόλης και της non-HDL χοληστερόλης. Ωστόσο, περισσότερη έρευνα χρειάζεται για την επιβεβαίωση αυτών των στοιχείων.<sup>65</sup>

Η χορήγηση του υπολιπιδαιμικού φαρμάκου μέσα σε ένα απλό πακέτο υπενθύμισης της δοσολογίας, δείχνει να βελτιώνει την συμμόρφωση του ασθενούς, έστω και βραχυπρόθεσμα, όπως δείχνει μία μετανάλυση.<sup>66</sup> Άλλες μελέτες προτείνουν την υπενθύμιση μέσω του φαρμακοποιού, τη χρήση γραπτών οδηγιών, τη διενέργεια προσωπικών τηλεφωνικών κλήσεων, την εμπλοκή της οικογένειας του ασθενούς ως αποτελεσματικές μεθόδους αύξησης της συμμόρφωσης του ασθενούς στη φαρμακευτική θεραπεία. Η θετική επίδραση των μεθόδων αυτών είναι σημαντικότερη μετά από τους πρώτους έξι μήνες θεραπείας όπου παρατηρείται και η μεγαλύτερη μείωση του ποσοστού συμμόρφωσης. Η συμμόρφωση των ασθενών στη φαρμακευτική θεραπεία μειώνεται όσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια της θεραπείας.<sup>67</sup>

## **Παραπομπή**

### *Παραπομπή σε δευτεροβάθμιο κέντρο*

**Σύσταση 35:** Συστήνεται στους γενικούς ιατρούς και τους άλλους ιατρούς στην Π.Φ.Υ. να παραπέμπουν τους ασθενείς με δυσλιπιδαιμία σε εξειδικευμένες υπηρεσίες δευτεροβάθμιας φροντίδας, όταν εμφανίζουν σοβαρές παρενέργειες από τη θεραπεία (επείγουσα παραπομπή), όταν δεν επιτυγχάνονται οι θεραπευτικοί στόχοι, και αν υπάρχει υποψία γενετικής δυσλιπιδαιμίας (γενετική συμβουλευτική).

### **Επίπεδο Τεκμηρίωσης: IV**

### **Βαθμός Σύστασης: B**

Η διασύνδεση πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης είναι ο ακρογωνιαίος λίθος σε ένα σύστημα υγείας. Η παραπομπή συνεπάγεται μεγάλο κόστος τόσο για το σύστημα υγείας όσο και για τον ασθενή, και για να είναι αποτελεσματική πρέπει να πληροί ορισμένα ποιοτικά χαρακτηριστικά που έχουν σχέση με διάφορες παραμέτρους.



Με την συγχρηματοδότηση  
της Ελλάδας και της  
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.  
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ  
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ  
ΜΕΛΕΤΕΣ



www.espa.gr

[www.ygeia-pronoia.gr](http://www.ygeia-pronoia.gr)

Η συστηματική ανασκόπηση των Akbari et. al, αναφέρει ότι υπάρχει περιορισμένος αριθμός σοβαρών αξιολογήσεων, στις οποίες μπορεί να βασιστεί η χάραξη πολιτικής σχετικά με την παραπομπή. Η ύπαρξη και διάδοση κατευθυντήριων οδηγιών για την παραπομπή μπορεί να βελτιώσει την αποτελεσματικότητα της παραπομπής στην πράξη. Ωστόσο, για να είναι πιο αποτελεσματικές οι Κ.Ο. για την παραπομπή, πρέπει να έχουν ληφθεί υπόψη οι τοπικές συνθήκες και οι οργανωτικοί φραγμοί. Επίσης, οι παρέχοντες δευτεροβάθμια φροντίδα χρειάζεται να συμμετέχουν ενεργά στη διάδοση των οδηγιών και στη διαδικασία παραπομπής και να χρησιμοποιούν δομημένα αρχεία παραπομπής. Επιπροσθέτως, η συμμετοχή ενός καλά εκπαιδευμένου και οργανωμένου οικογενειακού ιατρού μπορεί να οδηγήσει σε αποτελεσματικότερη παραπομπή.<sup>68</sup>

Στην Ελλάδα, το σύστημα παραπομπής εκτός από το υψηλό κόστος, χαρακτηρίζεται και από έλλειψη αποτελεσματικότητας. Συνέπειες αυτού είναι πρώτον, η έλλειψη συνέχειας στη φροντίδα που παρέχεται στον ασθενή, δεύτερον η αναποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και τρίτον, η έλλειψη αποδοτικότητας τόσο στη χρήση των πόρων όσο και στο συνολικό σύστημα. Για τη βελτίωση του συστήματος της παραπομπής στη χώρα μας, προτείνεται η ενδυνάμωση του θεσμού του οικογενειακού γιατρού, η υποχρεωτική τήρηση ηλεκτρονικού φακέλου για κάθε ασθενή, η ανάπτυξη ηλεκτρονικής υπηρεσίας e-health, η αυτοδυναμία των κέντρων υγείας και η ενδυνάμωσή τους με ανθρώπινο δυναμικό, τεχνολογικούς πόρους και χρήση οικονομικών κινήτρων για τους συμβεβλημένους γιατρούς. Τέλος, οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να συνεργάζονται τόσο για την αποτελεσματικότερη εφαρμογή των Κατευθυντήριων Οδηγιών, όσο και για τη μείωση του κόστους.<sup>69</sup>

Οι ιατροί της Π.Φ.Υ στην Ελλάδα πρέπει να παραπέμπουν το δυσλιπιδαιμικό ασθενή σε δευτεροβάθμιο επίπεδο όταν χρειάζονται περαιτέρω εξετάσεις για την απεικόνιση της κλινικής εικόνας του ασθενούς και όταν λείπει ο κατάλληλος εξοπλισμός ή η απαραίτητη εμπειρία και εξειδίκευση για την αντιμετώπιση της δυσλιπιδαιμίας.<sup>20</sup> Επίσης, συστήνεται η παραπομπή ενός πολύ μικρού ποσοστού υπολιπιδαιμικών ασθενών που ανήκουν σε μια από τις παρακάτω περιπτώσεις:

Α) Παραπομπή σε ειδικό λιπιδαιμικό κέντρο προτείνεται στις περιπτώσεις όπου υπάρχει:

- Υποψία για ομόζυγη ή ετερόζυγη Οικογενή Υπερχοληστερολαιμία (υψηλές τιμές ολικής χοληστερόλης και LDL χοληστερόλης, τενόντια ξανθώματα, γεροντότοξο, θετικό οικογενειακό ιστορικό πρόωρης καρδιακής νόσου). Ιδιαίτερη φροντίδα πρέπει να δοθεί στα παιδιά. Οι ασθενείς αυτοί μπορεί να ωφεληθούν άμεσα με εξειδικευμένες τεχνικές, όπως είναι η πλασμαφαίρεση της LDL χοληστερόλης.<sup>15</sup>
- Άλλη γενετική Δυσλιπιδαιμία (υποαλφαλιποπρωτεϊναιμία, αβηταλιποπρωτεϊναιμία, LCAT deficiency) με μη-φυσιολογικά επίπεδα λιπιδίων (πολύ χαμηλά επίπεδα HDL χοληστερόλης).
- Μη ανταπόκριση στη φαρμακευτική αγωγή, ακόμα και με συνδυασμό υπολιπιδαιμικών φαρμάκων.



Με την συγχρηματοδότηση  
της Ελλάδας και της  
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.  
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ  
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ  
ΜΕΛΕΤΕΣ



www.espa.gr

[www.ygeia-pronoia.gr](http://www.ygeia-pronoia.gr)

Β) Παραπομπή σε *δευτεροβάθμιο* κέντρο προτείνεται στις περιπτώσεις:

- Υψηλών τριγλυκεριδίων (>880 mg/dl) και εμφάνιση σημείων επιβάρυνσης της παγκρεατικής λειτουργίας.
- Επιδείνωσης της αθηρωματικής νόσου παρά την επίτευξη των κλασικών θεραπευτικών στόχων για τα λιπίδια και τους υπόλοιπους κλασικούς παράγοντες κινδύνου. Οι ασθενείς αυτοί εμφανίζουν υπολειπόμενο καρδιαγγειακό κίνδυνο και πρέπει να διερευνηθούν και άλλες λιπιδαιμικές παράμετροι, όπως είναι το μέγεθος των LDL σωματιδίων.<sup>16</sup>
- Ύπαρξης παρενεργειών από την υπολιπιδαιμική αγωγή που χρήζουν ειδικής παρέμβασης.

Γ) Παραπομπή σε *εξειδικευμένο* κέντρο:

- Σε κέντρα με ειδικά προγράμματα: άσκησης, διατροφικής παρέμβασης ή διακοπής του καπνίσματος, όταν η αλλαγή του τρόπου ζωής κρίνεται επιβεβλημένη και ο ασθενής αδυνατεί να το πετύχει μόνος του και επιζητεί εξειδικευμένη βοήθεια.

Η παρέμβαση αυτή κρίνεται σημαντική για τους ασθενείς υψηλού κινδύνου και στη δευτερογενή πρόληψη.<sup>15,16</sup> Ο ασθενής πρέπει να ενθαρρύνεται να εντάξει την άσκηση στην καθημερινότητά του. Η παραπομπή του σε ειδικά κέντρα, όπου μπορεί να ακολουθήσει ειδικά προγράμματα άσκησης φαίνεται να είναι αρκετά αποτελεσματική.<sup>70</sup>

Η παραπομπή όσον αφορά την άσκηση, μπορεί να κατευθύνει κάποιον σε μια οργανωμένη υπηρεσία που προσφέρει εκτίμηση της κατάστασης, ανάπτυξη εξατομικευμένου προγράμματος άσκησης, έλεγχο προόδου και παρακολούθηση.<sup>71</sup>

Οι υπερλιπιδαιμικοί ασθενείς πρέπει να ενθαρρύνονται ως προς τη διακοπή του καπνίσματος. Αν υπάρχει δυσκολία διακοπής, πρέπει να παραπέμπονται σε οργανωμένα κέντρα διακοπής του καπνίσματος. Στην περίπτωση που ο ασθενής δεν αποδεχτεί την παραπομπή, η επόμενη λύση είναι η φαρμακευτική αγωγή. Οι ασθενείς που δηλώνουν αδυναμία διακοπής, πρέπει να καταγράφονται και να ελέγχονται τουλάχιστον μία φορά το χρόνο, όπου αυτό καθίσταται δυνατόν.<sup>72</sup>

Η μετά-ανάλυση των Rees et. al, η οποία συμπεριέλαβε 44 τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές με 18.175 συμμετέχοντες, δείχνει ότι οι διατροφικές συμβουλές μείωσαν την ολική χοληστερόλη κατά 5,8 mg/dL και την LDL χοληστερόλη κατά 6,2 mg/dL μετά από 3-24 μήνες. Τα επίπεδα της HDL-χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων παρέμειναν αμετάβλητα. Η παροχή διατροφικών συμβουλών, οδήγησε στην αύξηση κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών κατά 1.18 μερίδες τη μέρα και των φυτικών ινών κατά 6.5 γραμμάρια τη μέρα. Επιπλέον, οδήγησε στη μείωση της πρόσληψης λιπιδίων μέσω της διατροφής κατά 4.48 % της συνολικής προσλαμβανόμενης ενέργειας και σε μείωση της κατανάλωσης κορεσμένων λιπών κατά 2.39 %. Συνολικά, οι διατροφικές συμβουλές που δόθηκαν από ειδικό διατροφολόγο, εμφανίστηκαν πιο αποτελεσματικές και οδήγησαν σε μετρίως ευεργετικές



Με την συγχρηματοδότηση  
της Ελλάδας και της  
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.  
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ  
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ  
ΚΕΛΥΒΔΑΩΜΙΣΗ

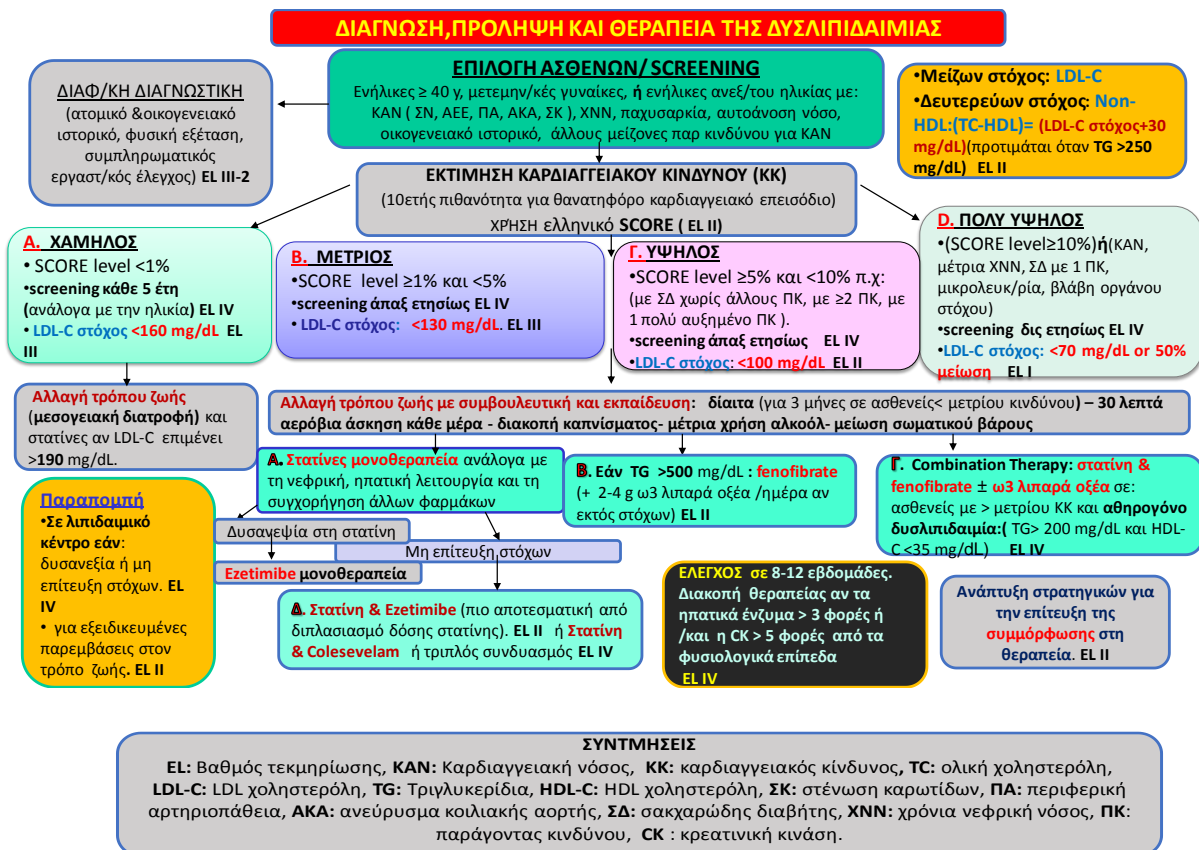


www.espa.gr

[www.ygeia-pronoia.gr](http://www.ygeia-pronoia.gr)

αλλαγές στη διατροφή και στους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου σε διάστημα 12 μηνών. Δεν είναι δυνατό να γίνει ασφαλής πρόβλεψη για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Τέλος, τα έως τώρα δεδομένα υποστηρίζουν ότι η μείωση πρόσληψης νατρίου πιθανότατα οδηγεί σε μείωση των καρδιαγγειακών επεισοδίων (θανατηφόρων και μη-θανατηφόρων).<sup>73</sup>

## 6. Πρακτικός Αλγόριθμος







Με την συγχρηματοδότηση  
της Ελλάδας και της  
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.  
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ  
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ  
ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ  
ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ



www.espa.gr

[www.ygeia-pronoia.gr](http://www.ygeia-pronoia.gr)

## 7. Επίλογος

Η παρούσα Κ.Ο. συνοψίζει και αξιολογεί όλα τα διαθέσιμα επιστημονικά δεδομένα για τη δυσλιπιδαιμία με σκοπό να βοηθήσει το γενικό ιατρό, τους άλλους ιατρούς και τους επαγγελματίες υγείας στην Π.Φ.Υ. στην παροχή φροντίδας που να βασίζεται στην τεκμηρίωση, συμβάλλοντας έτσι στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Αν και εκδίδονται σε τακτική βάση διεθνείς Κ.Ο. υψηλής τεκμηρίωσης, υπήρχε μεγάλη ανάγκη σύνταξης εθνικών οδηγιών που να είναι προσαρμοσμένες στις συνθήκες που επικρατούν στην Ελλάδα, ως προς τους παράγοντες κινδύνου της νόσου, τις αντιλήψεις, τον τρόπο ζωής, τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες και τη δομή του συστήματος υγείας.

Αναμένεται ότι οι ιατροί γενικής ιατρικής και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας στην Π.Φ.Υ., κατά την άσκηση των καθηκόντων τους θα χρησιμοποιήσουν τις οδηγίες στη καθημερινή πρακτική και ιδιαίτερα στις κλινικές αποφάσεις τους. Αναμφίβολα, αυτές δεν μπορούν να υποκαταστήσουν τον θεράποντα ιατρό και την επιστημονική του κρίση, όπως επίσης και την ευθύνη στη διαχείριση των ασθενών του, ωστόσο αποτελούν ένα ευέλικτο εργαλείο για την υποστήριξη της κλινικής απόφασης που βασίζεται στη σύγχρονη επιστημονική γνώση και πληροφορία.

Εκ μέρους της ομάδας του έργου του Πανεπιστημίου Κρήτης, της ομάδας ανασκόπησης και της Ελληνικής Εταιρίας Γενικών Ιατρών θα καταβληθεί κάθε δυνατή προσπάθεια να καταστεί αποτελεσματική η εφαρμογή της παρούσας Κ.Ο. από τις δομές Π.Φ.Υ. της χώρας μας, μέσω της διανομής έντυπου υλικού με τις συστάσεις για τη διαχείριση της δυσλιπιδαιμίας που θα απευθύνεται στους επαγγελματίες υγείας και σε όλους τους πιθανούς αποδέκτες, την ηλεκτρονική διάθεση της από ειδικό ιστότοπο που θα δημιουργηθεί για το σκοπό αυτό. Φυσικά η διάδοση και χρήση της οδηγίας αυτής εναπόκειται και στις ενέργειες του Υπουργείου Υγείας και ιδιαίτερα της Διεύθυνσης Π.Φ.Υ. που μετά την επιδοκιμασία από το ΚΕ.Σ.Υ. αναλαμβάνει και τη συνολική ευθύνη της επιδοκιμασίας και διανομής. Δέσμευση του Πανεπιστημίου Κρήτης, του Επιστημονικά Υπεύθυνου και της ομάδας σύνταξης αποτελεί ο εμπλουτισμός και η αναθεώρηση της παρούσας Κ.Ο. με βάση τα νέα ερευνητικά και επιστημονικά δεδομένα στο μέλλον, καθώς και η συμβολή της, σε συνεργασία με την Ελληνική Εταιρία Γενικής Ιατρικής στην αξιολόγηση της εφαρμογής και της αποτελεσματικότητας αυτής της Κ.Ο.





Με την συγχρηματοδότηση  
της Ελλάδας και της  
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

[www.ygeia-pronoia.gr](http://www.ygeia-pronoia.gr)

## 8. Βιβλιογραφία

1. Duff LA, Kitson AL, Seers K, Humphris D. Clinical guidelines: an introduction to their development and implementation. J Adv Nurs 1996, 23:887–895.
2. Kalafati M, Bellali TH, Hatzopoulou M, Fytrou H, Koreli A, Hliopoulou A, Development of clinical guidelines. Nosileftiki 2007, 46(1):31–37.
3. <http://www.agreetrust.org/resource-centre/the-original-agree-instrument/the-original-agree-instrument-translations/>
4. ADAPTE Collaboration, Manual for Guideline Adaptation, 2007. Ανακτήθηκε από: <http://www.adapte.org/www/upload/actualite/pdf/Manual%20&%20Toolkit.pdf>
5. Shea B, Grimshaw J, Wells G, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. BMC Med Res Methodol 2007;7:10.
6. Cox RA, García-Palmieri MR. Cholesterol, Triglycerides, and Associated Lipoproteins. In: Walker HK, Hall WD, Hurst JW, editors. Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations. 3rd edition. Boston: Butterworths; 1990. Chapter 31. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK351/>
7. Thompson GR. The proving of the lipid hypothesis. Current Opin Lipidol 1999; 10:201–5.
8. Reckless J.P.D., Lawrence J.M. Hyperlipidemia (Hyperlipidaemia). Encyclopedia of Food Sciences and Nutrition (Second Edition), Oxford; 2003; 3183–3192
9. Boon NA, Davidson SS. Davidson's Principles and Practice of Medicine, 20th Edition, Edinburgh; Toronto: Churchill Livingstone Elsevier; 2006.
10. Kreisberg RA, Oberman A: Medical management of hyperlipidemia/dyslipidemia. J Clin Endocrinol Metab 2003; 88(6):2445–61.
11. Hopkins PN, Toth PP, Ballantyne CM, Rader DJ. Familial Hypercholesterolemias: prevalence, genetics, diagnosis and screening recommendations from the National Lipid Association Expert Panel on Familial Hypercholesterolemia. J Clin Lipidol. 2011; 5(3 suppl):S9–S17.
12. Lin Y, Mousa SS, Elshourbagy N, Mousa SA. Current status and future directions in lipid management: emphasizing low-density lipoproteins, highdensity lipoproteins, and triglycerides as targets for therapy. Vasc Health Risk Manag. 2010; 6:73–85.
13. Veerkamp MJ, de Graaf J, Hendriks JC, Demacker PN, Stalenhoef AF. Nomogram to diagnose familial combined hyperlipidemia on the basis of results of a 5-year follow up study. Circulation 2004; 109: 2980–5.
14. Tsimihodimos V. and Elisaf M. Editorial: Secondary Dyslipidemias. Open Cardiovasc Med J. 2011; 5: 22–23



Με την συγχρηματοδότηση  
της Ελλάδας και της  
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

[www.ygeia-pronoia.gr](http://www.ygeia-pronoia.gr)

15. Catapano AL, Reiner Z, De Backer G, Graham I, Taskinen MR, Wiklund O, Agewall S, Alegria E, Chapman M, Durrington P, Erdine S, Halcox J, Hobbs R, Kjekshus J, Filardi PP, Riccardi G, Storey RF, Wood D. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). European Heart Journal (2011) 32, 1769–1818. [BT IV]
16. American Association of Clinical Endocrinologists' Guidelines for Management of Dyslipidemia and Prevention of Atherosclerosis. Jellinger PS, Smith DA, Mehta AE, Ganda O, Handelsman Y, Rodbard HW, Shepherd MD, Seibel JA; AACE Task Force for Management of Dyslipidemia and Prevention of Atherosclerosis. Endocr Pract. 2012 Mar-Apr;18 Suppl 1:1-78. [BT IV]
17. Cooper A, Nherera L, Calvert N, O'Flynn N, Turnbull N, Robson J, Camosso-Stefinovic J, Rule C, Browne N, Ritchie G, Stokes T, Mannan R, Brindle P, Gill P, Gujral R, Hogg M, Marshall T, Minhas R, Pavitt L, Reckless J, Rutherford A, Thorogood M, Wood D (2008) Clinical Guidelines and Evidence Review for Lipid Modification: cardiovascular risk assessment and the primary and secondary prevention of Cardiovascular disease London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners. Revised March 2010. [BT IV]
18. The Emerging Risk Factors Collaboration. Major lipids, apolipoproteins, and risk of vascular disease. JAMA 2009; 302; 1993–2000. [BT IV]
19. Langsted A, Freiberg JJ, Nordestgaard BG. Fasting and nonfasting lipid levels: influence of normal food intake on lipids, lipoproteins, apolipoproteins, and cardiovascular risk prediction. Circulation 2008; 118:2047–2056. [BT IV]
20. San Vicente Blanco R, Pérez Irazusta I, Ibarra Amarica J, Berraondo Zabalegui I, Uribe Oyarbide F, Urraca García de Madinabeitia J, Samper Otxotorena R, Aizpurua Imaz I, Almagro Mugica F, Andrés Novales J, Ugarte Libano R. Clinical practice guideline on the management of lipids as a cardiovascular risk factor. Vitoria-Gasteiz: Basque Health System-Osakidetza; 2008. 215 p. [BT IV]
21. Taskinen MR, Barter PJ, Ehnholm C, Sullivan DR, Mann K, Simes J, Best JD, Hamwood S, Keech AC on behalf of the FIELD Study Investigators. Ability of traditional lipid ratios and apolipoprotein ratios to predict cardiovascular risk in people with type 2 diabetes. Diabetologia 2010; 53: 1846–1855. [BT IV]
22. Sniderman AD, Williams K, Contois JH, Monroe HM, McQueen MJ, de Graaf J, Furberg CD. Meta-analysis of LDL-C, non-HDL-C and apo B as markers of cardiovascular risk. Circulation. 2011 May;123(4):337-45. [BT II]
23. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, McQueen M, Budaj A, Pais P, Varigos J, Lisheng L; INTERHEART Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART



Με την συγχρηματοδότηση  
της Ελλάδας και της  
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

[www.ygeia-pronoia.gr](http://www.ygeia-pronoia.gr)

- study): case-control study. Lancet. 2004;364:937-952. [BT IV]
24. Kastelein JJ, van der Steeg WA, Holme I, et al; TNT Study Group; IDEAL Study Group. Lipids, apolipoproteins, and their ratios in relation to cardiovascular events with statin treatment. Circulation. 2008;117:3002-3009. [BT III-1]
  25. McCrindle B11. W, Urbina EM, Dennison BA, Jacobson MS, Steinberger J, Rocchini AP, Hayman LL, Daniels SR; American Heart Association Atherosclerosis, Hypertension, and Obesity in Youth Committee; American Heart Association Council of Cardiovascular Disease in the Young; American Heart Association Council on Cardiovascular Nursing. Drug therapy of high-risk lipid abnormalities in children and adolescents: a scientific statement from the American Heart Association Atherosclerosis, Hypertension, and Obesity in Youth Committee, Council of Cardiovascular Disease in the Young, with the Council on Cardiovascular Nursing. Circulation. 2007;115:1948-1967. [BT IV]
  26. Ridker PM, Kastelein JJ, Genest J, Koenig W. C-reactive protein and cholesterol are equally strong predictors of cardiovascular risk and both are important for quality clinical care. Eur Heart J. 2013 May;34(17):1258-61. [BT IV]
  27. Conroy R, Pyorala K, Fitzgerald AP, Sans S, Menotti A, De Backer G, De Bacquer D, Ducimetie`re P, Jousilahti P, Keil U, Njølstad I, Oganov RG, Thomsen T, Tunstall-Pedoe H, Tverdal A, Wedel H, Whincup P, Wilhelmsen L, Graham I. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. Eur Heart J 2003;24:987–1003. [BT II]
  28. Elisaf, M. Pitsavos, Ch., Liberopoulos, E. and Athyros, V. Guidelines of the Hellenic Society of Atherosclerosis for the diagnosis and treatment of dyslipidemia. Hellenic Society of Atherosclerosis; 2011. [BT IV]
  29. Berra K. Does nurse case management improve implementation of guidelines for cardiovascular disease risk reduction? J Cardiovasc Nurs. 2011 Mar-Apr;26(2):145-67 [BT IV]
  30. Pande S, Hiller JE, Nkansah N, Bero L. The effect of pharmacist-provided non-dispensing services on patient outcomes, health service utilisation and costs in low- and middle-income countries.. Cochrane Database Syst Rev.2013 Feb 28. [BT I]
  31. AllenJK, Himmelfarb CR, Szanton SL, Bone L, Hill MN, Levine DM. COACH trial:a randomized controlled trial of nurse practitioner/community health worker cardiovascular diseaserisk reduction in urban community health centers: rationale and designContemp Clin Trials. 2011 May;32(3):403-11. [BT III-1]
  32. Mozaffarian D, Aro A, Willett WC. Health effects of trans-fatty acids: experimental and observational evidence. Eur J Clin Nutr 2009;63:S5–S21. [BT IV]
  33. Huang J, Frohlich J, Ignaszewski AP. Systematic Review/Meta-analysis: The Impact of Dietary Changes and Dietary Supplements on Lipid Profile, Canadian Journal of



Με την συγχρηματοδότηση  
της Ελλάδας και της  
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

[www.ygeia-pronoia.gr](http://www.ygeia-pronoia.gr)

- Cardiology 27 (2011) 488–505. [BT I]
34. Sirtori CR, Galli C, Anderson JW, Arnoldi A. Nutritional and nutraceutical approaches to dyslipidemia and atherosclerosis prevention: focus on dietary proteins. *Atherosclerosis* 2009; 203:8–17. [BT IV]
  35. Sofi F, Abbate R, Gensini GF, Casini A. Evidences on the relationship between Mediterranean diet and health status. *Recenti Prog Med* 2009;100:127-31. [BT IV]
  36. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas MI, Corella D, Arós F, Gómez-Gracia E, Ruiz-Gutiérrez V, Fiol M, Lapetra J, Lamuela-Raventos RM, Serra-Majem L, Pintó X, Basora J, Muñoz MA, Sorlí JV, Martínez JA, Martínez-González MA; PREDIMED Study Investigators. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. *N Engl J Med*. 2013 Apr 4;368(14):1279-90. [BT IV]
  37. Michelle A. Micallef Manohar L. Garg. Anti-inflammatory and cardioprotective effects of n-3 polyunsaturated fattyacids and plant sterols in hyperlipidemic individuals. *Atherosclerosis* 204 (2009) 476–482. [BT II]
  38. Robbins CL, Dietz PM, Bombard J, Tregear M, Schmidt SM, Tregear SJ. Lifestyle interventions for hypertension and dyslipidemia among women of reproductive age. *Prev Chronic Dis* 2011;8(6):A123. [BT IV]
  39. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration. Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170000 participants in 26 randomised trials. *Lancet* 2010;376:1670–1681. [BT I]
  40. Baigent C, Landray MJ, Reith C, et al; SHARP Investigators. The effects of lowering LDL cholesterol with simvastatin plus ezetimibe in patients with chronic kidney disease (Study of Heart and Renal Protection): a randomized placebo-controlled trial. *Lancet*. 2011;377:2181-2192. [BT II]
  41. Charlton-Menys V, Betteridge DJ, Colhoun H, Fuller J, France M, Hitman GA, Livingstone SJ, Neil HA, Newman CB, Szarek M, DeMicco DA, Durrington PN. Targets of statin therapy: LDL cholesterol, non-HDL cholesterol, and apolipoprotein B in type 2 diabetes in the Collaborative Atorvastatin Diabetes Study (CARDS). *Clin Chem* 2009;55:473–480. [BT II]
  42. Brugts JJ, Yetgin T, Hoeks SE, Gotto AM, Shepherd J, Westendorp RG, deCraenA J, Knopp RH, Nakamura H, Ridker P, van Domburg R, Deckers JW. The benefits of statins in people without established cardiovascular disease but with cardiovascular risk factors: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2009;338:b2376. [BT I]
  43. Wanyin Hou, Jicheng Lv, Vlado Perkovic, Lihong Yang, Na Zhao, Meg J. Jardine, Alan Cass, Hong Zhang, Haiyan Wang. Effect of Statin Therapy on Cardiovascular and Renal Outcomes in Patients With Chronic Kidney Disease A Systematic Review and Meta-Analysis. *Eur Heart J*. 2013;34(24):1807-1817. [BT I]
  44. Ridker et al. Cardiovascular benefits and diabetes risks of statin therapy in primary prevention: an analysis from the JUPITER trial. *Lancet* 2012;380(9841):565-571. [BT II]



Με την συγχρηματοδότηση  
της Ελλάδας και της  
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

[www.ygeia-pronoia.gr](http://www.ygeia-pronoia.gr)

45. Peter S. Sever, Choon L. Chang, Ajay K. Gupta, Andrew Whitehouse, Neil R. Poulter, on behalf of the ASCOT Investigators The Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial: 11-year mortality follow-up of the lipid-lowering arm in the UK. *Eur Heart J* (2011) 32, 2525–2532. [BT II]
46. Taylor F, Huffman MD, Macedo AF, Moore TH, Burke M, Davey Smith G, Ward K, Ebrahim S. Statins for the primary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Jan 31;1. Review. [BT I]
47. Kostis JB, Breazna A, Deedwania PC, LaRosa JC; Treating to New Targets Steering Committee and Investigators. The benefits of intensive lipid lowering in patients with stable coronary heart disease with normal or high systolic blood pressure: an analysis of the Treating to New Targets (TNT) study. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2008 May;10(5):367-76. [BT II]
48. McCormack T, Harvey P, Gaunt R, Allgar V, Chipperfield R, Robinson P; IN-PRACTICE study. *Int J Clin Pract*. 2010 Jul;64(8):1052-61 Incremental cholesterol reduction with ezetimibe/simvastatin, atorvastatin and rosuvastatin in UK General Practice (IN-PRACTICE): randomised controlled trial of achievement of Joint British Societies (JBS-2) cholesterol targets. [BT II]
49. Triglyceride Coronary Disease Genetics Consortium and Emerging Risk Factors Collaboration, Sarwar N, Sandhu MS, Ricketts SL, Butterworth AS, DiAngelantonio E, Boekholdt SM, Ouwehand W, Watkins H, Samani NJ, Saleheen D, Lawlor D, Reilly MP, Hingorani AD, Talmud PJ, Danesh J. Triglyceride-mediated pathways and coronary disease: collaborative analysis of 101 studies. *Lancet* 2010;375: 1634–1639. [BT III-2]
50. Zhou YH, Ye XF, Yu FF, Zhang X, Qin YY, Lu J, He J. Lipid management in the prevention of stroke: a meta-analysis of fibrates for stroke prevention. *BMC Neurol*. 2013 Jan 3;13:1. [BT I]
51. Farnier M, Ducobu J, Bryniarski L. Efficacy and safety of adding fenofibrate 160 mg in high-risk patients with mixed hyperlipidemia not controlled by pravastatin 40 mg monotherapy. *Am J Cardiol*. 2010 Sep 15;106(6):787-92. [BT II]
52. Maki KC, Dicklin MR, Davidson MH, Doyle RT, Ballantyne CM; COMBination of prescription Omega-3 with Simvastatin (COMBOS) Investigators. Baseline lipoprotein lipids and low-density lipoprotein cholesterol response to prescription omega-3 acid ethyl ester added to Simvastatin therapy. *Am J Cardiol*. 2010 May 15;105(10):1409-12. [BT II]
53. Ballantyne CM, Bays HE, Kastelein JJ, Stein E, Isaacsohn JL, Braeckman RA, Soni PN. Efficacy and safety of eicosapentaenoic acid ethyl ester (AMR101) therapy in statin-treated patients with persistent high triglycerides (from the ANCHOR study). *Am J Cardiol*. 2012 Oct 1;110(7):984-92. [BT IV]
54. Levy P Review of studies on the effect of bile acid sequestrants in patients with type 2





Με την συγχρηματοδότηση  
της Ελλάδας και της  
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

[www.ygeia-pronoia.gr](http://www.ygeia-pronoia.gr)

- diabetes mellitus. *Metab Syndr Relat Disord* 2010;8(suppl 1):S9–S13. [BT IV]
55. Ballantyne CM, Miller M, Niesor EJ, Burgess T, Kallend D, Stein EA. Effect of dalcetrapib plus pravastatin on lipoprotein metabolism and high-density lipoprotein composition and function in dyslipidemic patients: results of a phase IIb dose-ranging study. *Am Heart J*. 2012 Mar;163(3):515-21. [BT II]
  56. Akdim F, Stroes ES, Sijbrands EJ, Tribble DL, Trip MD, Jukema JW, Flaim JD, Su J, Yu R, Baker BF, Wedel MK, Kastelein JJ. Efficacy and safety of mipomersen, an antisense inhibitor of apolipoprotein B, in hypercholesterolemic subjects receiving stable statin therapy. *J Am Coll Cardiol*. 2010 Apr 13;55(15):1611-8. [BT II]
  57. Naci H, Brughts J, Andes AE. Comparative tolerability and harms of individual statins: A study-level network meta-analysis of 246 955 participants from 135 randomized controlled trial. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2013. [BT I]
  58. Rasmussen JN, Chong A, Alten DA. Relationship between adherence to evidence-based pharmacotherapy and long-term mortality after acute myocardial infarction. *JAMA* 2007;297:177–186 [BT IV]
  59. Benner JS, Glynn RJ, Mogun H, Neumann PJ, Weinstein MC, Avorn J. Long-term persistence in use of statin therapy in elderly patients. *JAMA* 2002;288(4):455–61. [BT III-2]
  60. Wood DA, Kotseva K, Connolly S, Jennings C, Mead A, Jones J, Holden A, De Bacquer D, Collier T, De Backer G, Faergeman O; EUROACTION Study Group. Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2008;371:1999–2012. [BT II]
  61. Blackburn DF, Dobson RT, Blackburn JL, Wilson TW. Cardiovascular morbidity associated with nonadherence to statin therapy. *Pharmacotherapy* 2005;25(8):1035–43. [BT I]
  62. Tsuyuki RT, Bungard TJ. Poor adherence with hypolipidemic drugs: a lost opportunity. *Pharmacotherapy* 2001;21(5):576–82. [BT IV]
  63. Reiner Z, Sonicki Z, Tedeschi-Reiner E. Public perceptions of cardiovascular risk factors: the PERCRO survey. *Prev Med* 2010;51:494–496. [BT IV]
  64. Schedlbauer A, Davies P, Fahey T. Interventions to improve adherence to lipid lowering medication. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Mar 17;(3). [BT I]
  65. Eaton CB, Parker DR, Borkan J, et al. Translating cholesterol guidelines into primary care practice: a multimodal cluster randomized trial. *Ann Fam Med*. 2011;9(6):528-537 [BT III-1]
  66. Heneghan CJ, Glasziou PP, Perera R. Reminder packaging for improving adherence to self-administered long-term medications. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1. [BT II]





Με την συγχρηματοδότηση  
της Ελλάδας και της  
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

[www.ygeia-pronoia.gr](http://www.ygeia-pronoia.gr)

67. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 2. [BT IV]
68. Akbari A, Mayhew A, Al-Alawi MA, Grimshaw J, Winkens R, Glidewell E, Pritchard C, Thomas R, Fraser C. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *Cochrane Database Syst Rev*; 2008. [BT I]
69. Αδαμακίδου, Θ., Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α. Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*; 2008, 47(3):320–333. [BT IV]
70. Isaacs AJ, Critchley JA, Tai SS, et al. Exercise Evaluation Randomized Trial (EXERT): a randomised trial comparing GP referral for leisure centre-based exercise, community-based walking and advice only. *Health Technol Assess*; 2007;11:1-165. [BT I]
71. National Institute for Health and Clinical Excellence. Four commonly used methods to increase physical activity: brief interventions in primary care, exercise referral schemes, pedometers and community based exercise programmes for walking and cycling. London: NICE; 2006. [BT IV]
72. Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings. NICE Public health intervention guidance 1; 2006. Available from <http://guidance.nice.org.uk/PH1> [BT IV]
73. Rees K, Dyakova M, Ward K, Thorogood M, Brunner E. Dietary advice for reducing cardiovascular risk. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Mar 28;3 [BT I]
74. Lionis C, Symvoulakis EK, Markaki A, Vardavas C, Papadakaki M, Daniilidou N, Souliotis K, Kyriopoulos I. Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: a systematic review. *Int J Integr Care*. 2009 Jul 30;9. [BT IV]
75. Kontodimopoulos N, Moschovakis G, Aletras VH, Niakas D. The effect of environmental factors on technical and scale efficiency of primary health care providers in Greece. *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 2007;5:14. [BT IV]
76. Θεοδώρου Μ, Σίσκου Ο, Καϊτελίδου Δ, Φαρατσέλη Ο, Λιαρόπουλος Λ. Η οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών ΠΦΥ στην Ελλάδα. Στο: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Τρίτο Περιφερειακό Σύστημα Υγείας Πρόνοιας Αττικής (Επιμ.) Θεωρία και Πρακτική της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Πειραιάς, 2005:23–449 [BT IV]
77. Downs J, Clearfield M, Weis S et al. Primary prevention of acute coronary events with lovastatin in men and women with average cholesterol levels. Results of AFCAPS/TexCAPS. Air Force/Texas Coronary Atherosclerosis Prevention Study. *JAMA* 1998;279:1615–1622. [BT II]
78. Nakamura H, Arakawa K, Itakura H et al. Primary prevention of cardiovascular disease with pravastatin in Japan (MEGA Study): a prospective randomised controlled trial. *Lancet* 2006;368:1155–1163. [BT III]



Με την συγχρηματοδότηση  
της Ελλάδας και της  
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.  
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ  
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ  
2007-2013



www.espa.gr

[www.ygeia-pronoia.gr](http://www.ygeia-pronoia.gr)

79. Cholesterol Treatment Trialists Collaboration, Kearney PM, Blackwell L et al. Efficacy of cholesterol-lowering therapy in 18,686 people with diabetes in 14 randomised trials of statins: a meta-analysis. Lancet 2008;371:117–25. [BTII]

## Παράρτημα 1: Γλωσσάριο

ΠΦΥ: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

ΔΜΣ: Δείκτης Μάζας Σώματος

ΑΕΕ: Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο

TC: Ολική χοληστερόλη

LDL-C: Χαμηλής πυκνότητας χοληστερόλη

TG: Τριγλυκερίδια

HDL-C: Υψηλής πυκνότητας χοληστερόλη

ΧΝΝ: Χρόνια νεφρική νόσο

ΣΔ: Σακχαρώδης διαβήτης

GFR: Ρυθμός σπειραματικής διήθησης

CK: Κρεατινική κινάση

"Αυτό το έγγραφο έχει παραχθεί για τις ανάγκες του έργου με τίτλο «Ανάπτυξη 13 Κατευθυντήριων Οδηγιών Γενικής Ιατρικής για τη διαχείριση των πιο συχνών νοσημάτων και καταστάσεων υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» και αντιπροσωπεύει τις απόψεις των συντακτών του. Οι απόψεις αυτές δεν έχουν υιοθετηθεί ή εγκριθεί με οποιοδήποτε τρόπο από την Ειδική Υπηρεσία του τομέα Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης και της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και δεν πρέπει να εκλαμβάνονται ως θέσεις του Υπουργείου ή της Επιτροπής. Η Ειδική Υπηρεσία δεν εγγυάται την ακρίβεια των στοιχείων που περιλαμβάνονται στο παρόν έγγραφο, ούτε αποδέχεται την ευθύνη για οποιαδήποτε χρήση των πληροφοριών αυτών. "