

Δυσλιπιδαιμία: ένας ύπουλος και αθόρυβος αντίπαλος

2010-03-06 09:00:29

Εισαγωγή: Για την διατήρηση της ζωής εξίσου αναγκαία με το νερό και το οξυγόνο είναι και τα θρεπτικά συστατικά (υδατάνθρακες, λίπη, πρωτεΐνες, ιχνοστοιχεία και βιταμίνες). Τα λίπη παρέχουν στον ανθρώπινο οργανισμό ενέργεια (καύσιμο), είναι δομικά συστατικά του βασικού στοιχείου της ζωής –του κυττάρου- και αποτελούν αρχικές χημικές ενώσεις από τις οποίες βιοσυντίθενται ανθρώπινες ορμόνες.

Τα ανωτέρω είναι σκόπιμο να αναφερθούν προκειμένου να καταδειχθεί η σπουδαιότητα που διαδραματίζουν τα λίπη στην διατήρηση της ζωής. Και τούτο διότι συντηρείται ακόμη και στις μέρες μας ο μύθος ότι τα λίπη είναι εξ' ορισμού βλαβερά στην υγεία μας. Το ορθόν είναι ότι η ορθή αναλογία (20-30% των ολικών θερμίδων) και η ποιότητα (μονοακόρεστα και ω3 λιπαρά) των λιπών προάγουν και δεν βλάπτουν την υγεία.

Φυσιολογία: Στον ανθρώπινο οργανισμό τα λίπη –λιπίδια κατά το σωστότερο- εισέρχονται δια της τροφής όμως βιοσυντίθενται και σ' αυτόν με κύριο τόπο παραγωγής του το συκώτι. Προκειμένου τα λιπίδια (χοληστερόλη και τριγλυκερίδια κατά κύριο λόγο) να διαλυτοποιηθούν και να μεταφερθούν στο υδατικό περιβάλλον του οργανισμού μας από και προς το συκώτι χρησιμοποιούν οχήματα μεταφορικά που ονομάζονται λιποπρωτεΐνες. Κύριο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι λιποπρωτεΐνες (1) **LDL** που κύριος ρόλος της είναι η μεταφορά χοληστερόλης από το ήπαρ προς τους ιστούς και άρα τις αρτηρίες όπου όταν είναι σε περίσσεια δημιουργούν αθηρώματα –δηλαδή πλάκες που στενεύουν και φράζουν τον αυλό τους- εξ' ου και ο όρος «κακή χοληστερίνη» (2) **HDL** που εκτελεί την αντίστροφη διαδρομή και άρα σε περίσσεια αποτρέπει την δημιουργία αθηρωμάτων –εξ' ου και ο όρος «καλή χοληστερίνη».

Ορισμός: Ο όρος δυσλιπιδαιμία επικράτησε του όρου υπερλιπιδαιμία καθώς διαταραχή των λιπιδίων στο αίμα (δυσ-λιπιδ-αιμία) λογίζουμε τόσο την αύξηση (ολικής χοληστερόλης, LDL και τριγλυκεριδίων) όσο και την ελάττωση (HDL) των λιπιδίων και των λιποπρωτεϊνών από την οποία προκαλείται βλάβη στον οργανισμό.

Αιτιολογία: Η Δυσλιπιδαιμία διακρίνεται σε πρωτοπαθή όταν είναι γονιδιακής (κληρονομικής) αιτιολογίας και σε δευτεροπαθή όταν είναι απότοκος άλλων παθολογικών καταστάσεων ή και κακής διατροφής. Επίσης ανάλογα προς την προεξάρχουσα διαταραχή χαρακτηρίζεται ως υπερχοληστερολαιμία (αύξηση της χοληστερόλης), υπερτριγλυκεριδαιμία (αύξηση των τριγλυκεριδίων) και μικτή δυσλιπιδαιμία (αύξηση χοληστερόλης και τριγλυκεριδίων).

Οι πρωτοπαθείς δυσλιπιδαιμίες είναι σπανιότερες από τις δευτεροπαθείς, χαρακτηρίζεται από σημαντικές διαταραχές στα επίπεδα των λιπιδίων και δύνανται να παρουσιάζουν συχνότερα σε σχέση με τις δευτεροπαθείς χαρακτηριστικά κλινικά ευρήματα. Ευθύνονται σε σημαντικό βαθμό για την εμφάνιση ισχαιμικών καρδιαγγειακών νοσημάτων σε μικρότερες ηλικιακές ομάδες (3^η και 4^η δεκαετία της ζωής).

Οι δευτεροπαθείς δυσλιπιδαιμίες αντιστοιχούν στο 3-5% του γενικού πληθυσμού και σχετίζονται με κακές υγειονομιακές συνθήκες καθώς και με άλλα συνοδά νοσήματα όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, ο υποθυρεοειδισμός, το νεφρωσικό σύνδρομο, η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, η παχυσαρκία ή φάρμακα (πχ. διουρητικά).

Συμπτώματα: Η Δυσλιπιδαιμία – όχι άδικα- έχει χαρακτηριστεί αθόρυβος και ύπουλος αντίπαλος

αφού το συνηθέστερο είναι ότι δεν προκαλεί συμπτώματα δρώντας βλαπτικά στον αυλό των αρτηριών στενεύοντας τον. Έτσι παραβλάπτεται η παροχή αίματος σε ζωτικά όργανα (καρδιά, εγκέφαλος, νεφρά, πεπτικό κ) και στην χρονική στιγμή που θα εκδηλωθούν συμπτώματα ισχαιμίας –δηλαδή μειωμένης παροχής αίματος- στο όργανο η δυσλιπιδαιμία έχει πλέον ολοκληρώσει ένα σιωπηλό και συνάμα καταστρεπτικό έργο.

Σπανιότερα όταν τα επίπεδα των λιπιδίων στον ορό είναι ιδιαιτέρως διαταραγμένα (όπως στις πρωτοπαθείς δυσλιπιδαιμίες) μπορεί να παρατηρηθούν αθροίσεις λιπιδίων στο δέρμα (όπως τα ξανθελάσματα στα βλέφαρα ή τα ξανθώματα των τενόντων), γεροντότοξο (μια λευκωτή στεφάνη στην περιφέρεια της ίριδας) ή παγκρεατίτιδα σε υπερτριγλυκεριδαιμία που συνήθως είναι δυσίατες.

Διάγνωση: Η διάγνωση της δυσλιπιδαιμίας τίθεται με μία απλή εξέταση αίματος αφού προηγηθεί νηστεία 10-12 ωρών. Τα φυσιολογικά όρια των λιπιδίων εξατομικεύονται ανάλογα με την παρουσία ή μη άλλων παραμέτρων που αυξάνουν τον καρδιαγγειακό κίνδυνο και είναι:

- 1) Η αρτηριακή υπέρταση (>140/90 ή λήψη αντιυπερτασικού φαρμάκου).
 - 2) Το κάπνισμα
 - 3) Τα χαμηλά επίπεδα HDL (<40)
 - 4) Η ηλικία (άνδρας >45 ετών, γυναίκα >55 ετών)
 - 5) Η ύπαρξη συγγενούς πρώτου βαθμού με εκδήλωση στεφανιαίας νόσου σε σχετικά μικρή ηλικία (άνδρα <55 χρονών ή γυναίκα <65 χρονών)
- Αν τα επίπεδα HDL είναι υψηλά (>60) αφαιρείται ένας μείζων παράγοντας κινδύνου.

Για όλες τις ομάδες πληθυσμού και ανεξάρτητα από τον καρδιαγγειακό κίνδυνο υπάρχει δυσλιπιδαιμία όταν

- **HDL** < 40 (άνδρα) ή <50 (γυναίκα)
- **Τριγλυκερίδια** >150

Τα φυσιολογικά επίπεδα της **LDL** εξατομικεύονται και άρα δυσλιπιδαιμία υπάρχει όταν :

- Για άτομα με 0 – 1 παράγοντες κινδύνου (όπως αναφέρθηκαν ανωτέρω)

LDL > 160

- Για άτομα με 2 ή περισσότερους παράγοντες κινδύνου

LDL > 130

- Για άτομα με στεφανιαία νόσο ή ισοδύναμες καταστάσεις (σακχαρώδης διαβήτης, ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής, παροδικά ισχαιμικά επεισόδια, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ή 10ετής απόλυτος καρδιαγγειακός κίνδυνος >20%)

LDL > 100

- Για άτομα με σακχαρώδη διαβήτη και παράλληλα συμπτωματική στεφανιαία νόσο.

LDL > 70

Θεραπεία: Η Θεραπεία της δυσλιπιδαιμίας προϋποθέτει ολιστική αντιμετώπιση: διόρθωση αιτίου δευτεροπαθούς δυσλιπιδαιμίας (πχ. υποθυρεοειδισμού), ανίχνευση και αντιμετώπιση συνοδών νοσημάτων που εκθετικά αυξάνουν τον καρδιαγγειακό κίνδυνο (πχ. παχυσαρκία, υπέρταση, κάπνισμα, υπερκατανάλωση αλκοόλ κ.α.).

Θεμέλιο στην αντιμετώπιση της δυσλιπιδαιμίας αποτελεί η υγεινοδιαιτητική αγωγή η οποία συνεπικουρείται όταν και εφόσον κριθεί απαραίτητο από τον θεράποντα ιατρό από την φαρμακευτική αγωγή. Σε γενικές γραμμές προτείνεται:

1. Καθημερινή ή τουλάχιστον τις περισσότερες φορές της εβδομάδας αεροβική άσκηση 20 έως 30 λεπτά (γρήγορο περπάτημα, στατικό ή μη ποδήλατο, κολύμβηση). Χρήση σκάλας και όχι ανελκυστήρων.
2. Καθημερινή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών. Κατανάλωση κατά προτίμηση άσπρου κρέατος (κοτόπουλο, γαλοπούλα) αντί κόκκινου.
3. Αποφυγή τηγανιτών φαγητών και προτίμηση ελαιολάδου έναντι σπορέλαιων. Το ελαιόλαδο δέον όπως προστίθεται στο πέρας του μαγειρέματος ή νωπό στο πιάτο.
4. Γαλακτοκομικά χαμηλά σε λιπαρά.
5. Διακοπή καπνίσματος για τους καπνιστές.
6. Περιορισμός του σωματικού βάρους στα φυσιολογικά επίπεδα.

Προληπτικός έλεγχος

Στην πατρίδα μας 10.000 άτομα πεθαίνουν κάθε χρόνο από στεφανιαία νόσο. Μείζων παράγων κινδύνου εκδήλωσης στεφανιαίας νόσου είναι η δυσλιπιδαιμία. Είναι επιτακτική η διενέργεια προληπτικού ελέγχου και πρέπει να διενεργείται σε άτομα με:

- Οικογενειακό ιστορικό στεφανιαίας νόσου, δυσλιπιδαιμίας ή πρόωρου θανάτου από καρδιαγγειακό νόσημα.
- Ύπαρξη άλλων παραγόντων όπως σακχαρώδη διαβήτη, καπνίσματος, αρτηριακής υπέρτασης.
- Νοσήματα που συνοδεύονται από δυσλιπιδαιμία όπως υποθυρεοειδισμός, νεφρωσικό σύνδρομο, υπερκατανάλωση αλκοόλ.
- Σε κάθε εξέτασης προληπτικής ιατρικής που ξεκινά:

α. Στην παιδική ηλικία αν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό πρωτοπαθούς δυσλιπιδαιμίας

β. Στην ηλικία των 20 ετών και εφόσον είναι φυσιολογικές οι τιμές των λιπιδίων επαναλαμβάνεται κάθε 3-5 έτη.