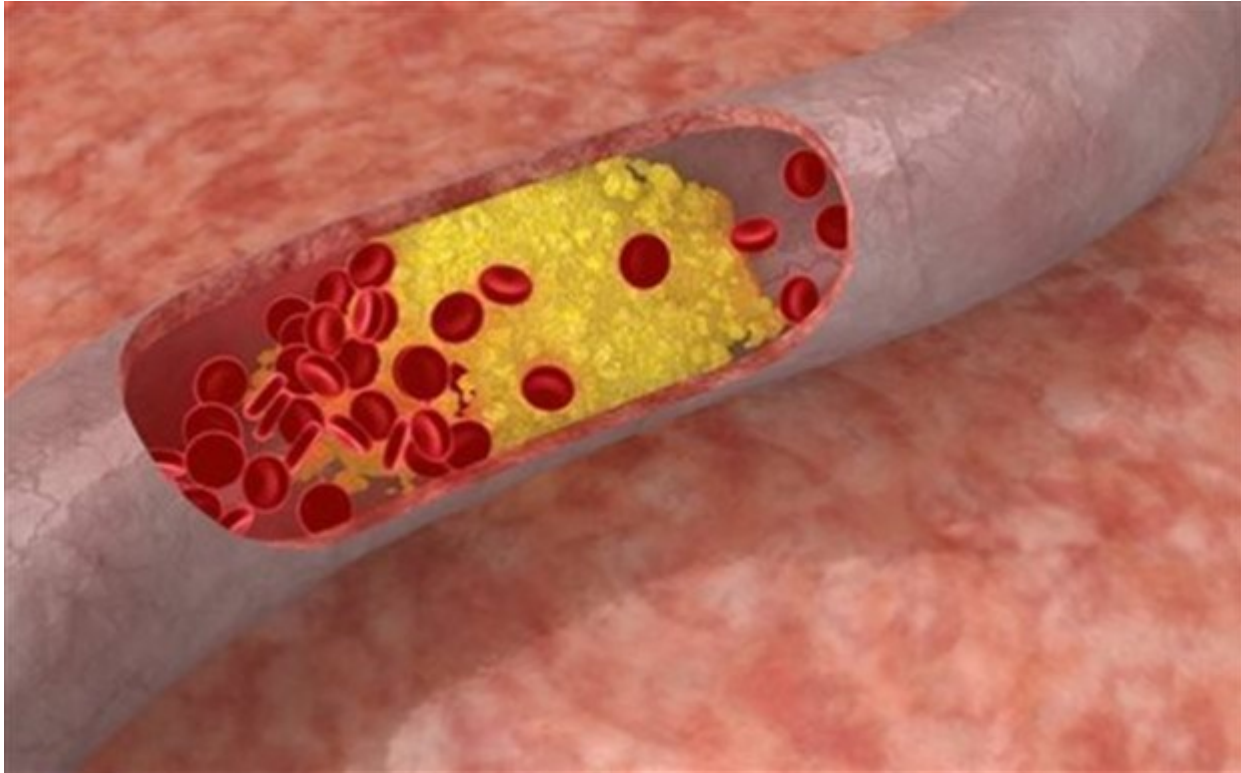


Χοληστερίνη: Ο σιωπηλός «δολοφόνος» των αρτηριών μας

/ [Επιστήμες, Τέχνες & Πολιτισμός](#)



Η χοληστερίνη καταστρέφει «αθόρυβα» τις αρτηρίες μας

Νέα μελέτη αποκαλύπτει τις αρνητικές παρενέργειες της στον ανθρώπινο οργανισμό και ειδικά την σχέση της με τα εμφράγματα

Αθήνα

Η δυσλιπιδαιμία και ειδικότερα η υπερχοληστεριναιμία, θεωρείται μια από τις κυριότερες αιτίες εμφάνισης αρτηριοσκλήρυνσης και καρδιαγγειακής νόσου. Στη μελέτη INTERHEART που έγινε ταυτόχρονα σε όλες τις ηπείρους του κόσμου φάνηκε πως η δυσλιπιδαιμία ευθύνεται για το 50% των εμφραγμάτων παγκοσμίως και αποτελεί την κυριότερη αιτία εμφάνισης στεφανιαία νόσου. Τη μελέτη αναλύει ο Διευθυντής της Β' Καρδιολογικής Κλινικής Ευρωκλινικής Αθηνών κ. Δημήτρης Ρίχτερ.

Οι τύποι

Υπάρχουν διάφοροι τύποι δυσλιπιδαιμίας με συνηθέστερο αυτόν που είναι αυξημένες η ολική χοληστερίνη και η LDL, ο οποίος αποτελεί και το κύριο στόχο της φαρμακευτικής αγωγής σήμερα. Υπάρχουν ακόμη και μεμονωμένες μορφές με παθολογική μόνο την HDL χοληστερίνη ή ιδιαίτερα αυξημένα μόνο τα

τριγλυκερίδια.

Η χοληστερίνη λαμβάνεται με την τροφή, όμως παράγεται και στον οργανισμό, σε αναλογία 1 προς 2 περίπου. Η αυξημένη πρόσληψη κορεσμένων λιπαρών οξέων, που βρίσκονται κυρίως σε ζωικά λίπη, όπως στο κόκκινο κρέας και στα λιπαρά τυριά, καθώς και η παχυσαρκία είναι συχνά αιτία της υπερχοληστερολαιμίας.

Δυστυχώς, η σημασία της υψηλής χοληστερίνης είναι ιδιαίτερα μεγάλη στις νεώτερες ηλικιακές ομάδες 30-60 ετών και σταδιακά υποχωρεί για να δώσει την πρώτη θέση ως παράγοντα κινδύνου στην υπέρταση. Στην Ελλάδα τα τελευταία 20 έτη η στεφανιαία νόσος αποτελεί σταθερά την πρώτη αιτία θανάτου με σταθερή διαφορά από τη δεύτερη που είναι τα νεοπλάσματα. Το 2001 είχαμε στην Ελλάδα 19.500 θανάτους από στεφανιαία νόσο, δηλαδή περίπου όσος ο πληθυσμός της Καλύμνου.

Η μείωση

Ανάλυση πολλών μελετών έδειξε ότι κάθε 10% μείωση της ολικής χοληστερίνης οδήγησε σε 22% μείωση της εμφάνισης Στεφανιαίας Νόσου μέσα σε 2 έως 5 έτη και σε κατά 25% μείωση αυτής μετά τα 5 έτη. Η παρέμβαση χρειαζόταν να έχει διάρκεια τουλάχιστον δύο ετών για να επιφέρει σημαντικό κλινικό όφελος. Αυτό σημαίνει ότι δεν αρκεί μία περιστασιακή δίαιτα, ή χρήση φαρμάκων η οποία θα βελτιώσει τις τιμές χοληστερίνης εάν αυτή δεν έχει διάρκεια. Και η διάρκεια αυτή είναι συνήθως εφ' όρου ζωής ή τουλάχιστον για πολλές δεκαετίες. Θα πρέπει να έχουμε υπόψη μας ότι, μόνο η μόνιμη και συστηματική αντιμετώπιση της δυσλιπιδαιμίας επιφέρει αποτελέσματα (τα οποία πολλές φορές είναι εντυπωσιακά) στη μείωση των εμφραγμάτων και των λοιπών μορφών στεφανιαίας καρδιοπάθειας.

Σύμφωνα με την Αμερικανική Καρδιολογική Εταιρεία κάθε ενήλικας άνω των 20 ετών πρέπει να ελέγχεται τουλάχιστον ανά πενταετία για τα λιπίδια του (Ολική Χοληστερίνη, HDL, LDL, Τριγλυκερίδια). Εάν όμως τα επίπεδα δεν είναι ικανοποιητικά ο έλεγχος αυτός θα πρέπει να είναι συχνότερος ανάλογα με τον συνολικό κίνδυνο που διατρέχει (π.χ. ηλικία, κάπνισμα, υπέρταση, κ.τ.λ.).

Μία εντυπωσιακή εξέλιξη των τελευταίων ετών αποτελούν οι συνεχώς χαμηλότερες τιμές που τίθενται ως στόχος για την κακή χοληστερίνη. Πριν 20 χρόνια τα επιθυμητά όρια ήταν χαμηλότερα από 160 mg/dl και μέχρι πρόσφατα ξέραμε ότι σε στεφανιαίους ασθενείς υψηλού κινδύνου (δηλαδή που συνεχίζουν να καπνίζουν ή που είναι διαβητικοί) ο στόχος τίθεται να είναι < 70 mg/dl.

Νέα ευρήματα

Νεώτερες μελέτες όμως μας έδειξαν πως το να ρίξουμε την LDL πολύ χαμηλά (55-60 mg/dl) σε ανθρώπους που δεν έχουν πρόβλημα με την καρδιά τους, αλλά είναι υψηλού κινδύνου προκαλεί πολύ μεγάλη μείωση εμφραγμάτων, εγκεφαλικών επεισοδίων και ολικής θνησιμότητας. Όποιος από εμάς δει τις εξετάσεις του, θα συνειδητοποιήσει ότι ακόμη και με αυστηρή δίαιτα είναι σχεδόν απίθανο να καταφέρει να έχει τέτοιες τιμές.

Για το λόγο αυτό πολλοί ασθενείς αναρωτιούνται πως είναι δυνατόν μία «φυσιολογική και συνηθισμένη κατάσταση», δηλαδή επίπεδα χοληστερίνης 200 mg/dl και LDL 130 mg/dl να είναι βλαβερά για τον οργανισμό;

Η απάντηση είναι ότι η έννοια του φυσιολογικού σχετίζεται με τη μέση τιμή μίας εξέτασης στο σύνολο του πληθυσμού. Στην επαρχιακή Κίνα, ο μέσος όρος ολικής χοληστερίνης είναι 115 mg/dl, στην αστική Κίνα 135 mg/dl και στη Δυτική Ευρώπη 210mg/dl. Με βάση τους Κινέζους δηλαδή η συντριπτική πλειοψηφία των Δυτικών έχει παθολογικά επίπεδα χοληστερίνης.

Το περιβάλλον

Ο οργανισμός μας δεν έγινε ξαφνικά αυτοκαταστροφικός αλλά απλά στο Δυτικό κόσμο άλλαξε το περιβάλλον γύρω του πάρα πολύ γρήγορα και αυτός δεν καταφέρνει να προσαρμοστεί. Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι το ανθρώπινο είδος εξελίσσεται εδώ εκατομμύρια χρόνια και σε όλες σχεδόν τις εποχές το χαρακτηριστικό του τρόπου ζωής ήταν η λίγη τροφή και η άσκηση. Ελλείπει αμαξιών οι άνθρωποι περπατούσαν κάθε μέρα χιλιόμετρα για να μετακινηθούν και η τροφή ήταν ένα αγαθό που δεν ανευρισκόταν υποχρεωτικά κάθε ημέρα, έτσι ώστε όταν υπάρχει να προσπαθούν όλοι να αποθηκεύσουν όσο το δυνατόν μεγαλύτερες ποσότητες λίπους τρώγοντας όσο περισσότερο μπορούσαν ώστε να διατηρηθούν υγιείς μέχρι την επόμενη φορά που θα έτρωγαν. Μετά τη βιομηχανική επανάσταση όμως το σκηνικό αλλάζει δραματικά. Τα αυτοκίνητα με μηδενική προσπάθεια καλύπτουν τις αποστάσεις και σήμερα πολλοί ακόμη και για 100 μέτρα χρησιμοποιούν το αυτοκίνητο αντί να περπατήσουν.

Το φαγητό είναι στο δυτικό κόσμο ένα είδος εν αφθονία και ειδικά το κακής ποιότητας φαγητό είναι και φθινό και εύκολα προσβάσιμο σε όλους. Αυτή η τρομακτική αλλαγή των τελευταίων 100-150 χρόνων ανέτρεψε τα περιβαντολλογικά δεδομένα χιλιετιών και τα γονίδια μας αδυνατούν να ανταποκριθούν σε αυτά. Συνεχίζουν να αποθηκεύουν αμέσως λίπος διότι έχουν μάθει ότι θα χρειαστεί τις επόμενες ημέρες για τη σωματική άσκηση, αλλά

δυστυχώς σήμερα η άσκηση δεν έρχεται ποτέ και έρχεται μόνο η επόμενη μερίδα φαγητού.

Τα επίπεδα

Το πραγματικά εντυπωσιακό είναι ότι, όσο η χοληστερίνη πέφτει κάτω από τα επίπεδα των 200mg/dl, τόσο μειώνεται και η θνησιμότητα από στεφανιαία νόσο σε όλες τις ομάδες κινδύνου.

Ακρογωνιαίος λίθος της μείωσης της ολικής και LDL χοληστερίνης αποτελεί η σωστή διατροφή. Εάν μέσα σε έξι εβδομάδες μεταβολών στη διατροφή δεν παρατηρηθούν τα επιθυμητά αποτελέσματα μπορούμε να επιμείνουμε στην αντικατάσταση των κορεσμένων λιπών με ακόρεστα, στην προσθήκη σόγιας και φυτικών ινών στη διατροφή μας και στην προσθήκη 2 γρ. φυτικών στερολών ή στανολών ημερησίως. Τέλος, εάν μετά από ακόμη έξι εβδομάδες δεν επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα για τα επίπεδα ολικής και LDL χοληστερίνης (στόχος, ο οποίος μπορεί να είναι διαφορετικός για κάθε άτομο ανάλογα και με τους υπόλοιπους παράγοντες κινδύνου που έχει και κυμαίνεται σήμερα από 70-115 mg/dl), τότε συστήνεται η έναρξη φαρμακευτικής αγωγής.

Σήμερα το φάρμακο εκλογής για την υπερχοληστερολαιμία είναι οι λεγόμενες «**στατίνες**». Οι στατίνες είναι φάρμακα, τα οποία έχουν δοκιμαστεί για περισσότερο από μία δεκαετία σε εκατομμύρια ασθενών με μεγάλη αποτελεσματικότητα, τόσο στη μείωση της ολικής και LDL χοληστερίνης (μείωση 30-55% ανάλογα με τη στατίνη και τη δόση), των τριγλυκεριδίων (μέχρι 30%), όσο και στη μείωση των εμφραγμάτων και της καρδιαγγειακής και ολικής θνησιμότητας.

Είναι φάρμακα εξαιρετικά ασφαλή (οι σοβαρές παρενέργειες που εμφανίζουν είναι πολύ λιγότερες από της ασπιρίνης), και απαιτούν μόνο τον εξαμηνιαίο έλεγχο τρανσαμινασών διότι σε ένα ποσοστό 0,5-2% ανάλογα με τη στατίνη και τη δόση θα εμφανίσει αύξηση των τιμών αυτών. Εάν αυτές ξεπεράσουν το τριπλάσιο του φυσιολογικού συνιστάται η διακοπή του φαρμάκου και η αλλαγή δοσολογίας ή στατίνης. Η αύξηση αυτή πάντως των τρανσαμινασών δεν επιφέρει πάντως ηπατική βλάβη και δεν έχει σημειωθεί ποτέ περιστατικό ηπατικής ανεπάρκειας από στατίνη.

Παρενέργειες

Η πιο συνηθισμένη παρενέργεια των στατινών (περίπου 5-9%) είναι οι μυαλγίες οι οποίες συνήθως δεν σχετίζονται με τα επίπεδα CPK στο αίμα και οι οποίες μπορεί να γίνουν ιδιαίτερα ενοχλητικές και να απαιτήσουν αλλαγή δόσης ή στατίνης.

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό πάντως ο φαρμακοποιός να ενημερώνει τους ασθενείς που λαμβάνουν στατίνη να τη διακόπτουν ή να ενημερώνουν το γιατρό τους όταν λαμβάνουν αντιβίωση ή αντιμυκητιασικά φάρμακα διότι σημειώνεται έντονη αλληλεπίδραση.

Οι στατίνες ουσιαστικά αναστέλλουν την παραγωγή χοληστερίνης από το ήπαρ, ενώ σε περιπτώσεις που από μόνες τους δεν είναι αρκετά αποτελεσματικές (κάτι το οποίο βλέπουμε αρκετά συχνά στην κλινική πράξη, ιδιαίτερα λαμβάνοντας υπόψη τα ολοένα και χαμηλότερα επιθυμητά όρια) μπορεί να συνδυαστούν με άλλη φαρμακευτική ουσία, την εζετιμίδη, η οποία δεν επιτρέπει στην προσλαμβανόμενη με τη τροφή χοληστερίνη να απορροφηθεί από το έντερο. Σήμερα με το συνδυασμό στατινών και εζετιμίδης μπορούμε να μειώσουμε την LDL μέχρι και 70%, ένα ποσοστό που πριν από πέντε ή δέκα χρόνια ήταν μόνο ουτοπία.

Η καλή χοληστερόλη (HDL) έχει ως στόχο να παίρνει την χοληστερόλη από το τοίχωμα των αγγείων, «καθαρίζοντας το», και να την πηγαίνει στο ήπαρ όπου αποσυντίθεται. Στην περίπτωση ατόμων με χαμηλά επίπεδα HDL («καλής») χοληστερίνης (δηλ. <40 για τους άντρες και <50 mg/dl για τις γυναίκες), η φαρμακευτική παρέμβαση είναι πιο περιορισμένη, δεδομένου ότι οι στατίνες μπορούν να ανεβάσουν την HDL μέχρι 10%, οι φιβράτες μέχρι 18%, αλλά ο μόνος πραγματικά αποδεδειγμένος τρόπος να ανεβάσουμε την καλή χοληστερόλη με μείωση των καρδιαγγειακών συμβάντων είναι η απώλεια βάρους και η τακτική σωματική άσκηση.

Ο έλεγχος

Κατά τη διάρκεια του τριών πρώτων ετών του «Μήνα Ελέγχου Χοληστερίνης» που πραγματοποιείται από το ΕΛ.Ι.ΚΑΡ. (Ελληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας), εξετάστηκαν περισσότερα από 35.000 άτομα σε Αθήνα, Θεσσαλονίκη και διάφορες επαρχιακές πόλεις και τα αποτελέσματα ήταν αρκετά ανησυχητικά για το μέλλον των καρδιαγγειακών επεισοδίων στον ελλαδικό χώρο. Περίπου οι μισοί (47%) ενήλικοι εξετασθέντες παρουσίαζαν αυξημένα επίπεδα χοληστερίνης (πάνω από 190 mg/dl), και από αυτούς το 50% δεν γνώριζε ότι είχε υψηλή χοληστερίνη. Εξ όσων το γνώριζαν ένας στους τρεις δεν είχε προβεί σε καμία ενέργεια για την αντιμετώπιση του προβλήματος.

Όσον αφορά το κάπνισμα, τα αποτελέσματα ήταν εξίσου ανησυχητικά. Στο σύνολο του δείγματος, ένας στους τρεις Έλληνες δήλωσε καπνιστής, ενώ σε ηλικίες κάτω των 50 ένας στους δύο. Επιπλέον αξίζει να σημειωθεί πως το 94% των εμφραγμάτων στην Ελλάδα παρατηρείται σε καπνιστές, κάτω των 50 ετών. Ακόμη, το 25% των εξετασθέντων ήταν υπερτασικοί, το 9% διαβητικοί, το 42%

υπέρβαροι, ενώ το 58% δήλωσε ότι διάγει καθιστική ζωή.

Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία, παρατηρείται στον Ελληνικό πληθυσμό ένα ιδιαίτερα υψηλό προφίλ καρδιαγγειακού κινδύνου, το οποίο εξηγεί και το γεγονός πως η Ελλάδα είναι η μόνη χώρα του δυτικού κόσμου, που οι θάνατοι καρδιαγγειακής αιτιολογίας δεν παρουσιάζουν μείωση τα τελευταία 20 χρόνια, αλλά αντίθετα αυξάνονται ή στην καλύτερη χρονιά παραμένουν σταθεροί.

Στο φαινόμενο αυτό συντελεί και η κακή επικοινωνία ιατρικού κόσμου και κοινού. Όταν τα 35.000 άτομα που εξετάστηκαν ρωτήθηκαν ποιον θεωρούν αυτά ως τον σημαντικότερο παράγοντα κινδύνου, ο καθένας έβλεπε το πρόβλημα της στεφανιαίας νόσου να οφείλεται στους παράγοντες κινδύνου που δεν τον αφορούσαν. Έτσι, οι καπνιστές δήλωναν το άγχος ως πρώτη αιτία, οι διαβητικοί το κάπνισμα, οι παχύσαρκοι το οικογενειακό ιστορικό κ.τ.λ.. Την πρώτη θέση των απαντήσεων κατείχε το άγχος με 33% και με μεγάλη διαφορά από τη δεύτερη και τρίτη θέση που μοιράζονταν τα αυξημένα επίπεδα χοληστερίνης και το κάπνισμα με 15%.

Η αποκατάσταση της επικοινωνίας μεταξύ επιστημονικής κοινότητας και κοινού είναι υψίστης σημασίας γιατί διαφορετικά το στοίχημα της ευζωίας και μακροζωίας θα χαθεί οριστικά για τη χώρα μας, ειδικά σε μία εποχή έντονης οικονομικής και κοινωνικής κρίσης που προκαλεί κατάθλιψη και άγχος σε μεγάλο μέρος του πληθυσμού.

** Ο Δημήτρης Ρίχτερ, MD, FESC, FAHA, είναι Διευθυντής της Β' Καρδιολογικής Κλινικής Ευρωκλινικής Αθηνών και πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Λιπιδιολογίας, Αθηροσκλήρυνσης και Αγγειακής Νόσου.*

Πηγή: tovima.gr