

Δυσλιπιδαιμία

Ορισμός

Η δυσλιπιδαιμία μπορεί εύκολα να οριστεί και να εξηγηθεί, εάν ετυμολογικά ξεχωρίσουμε τις λέξεις που την αποτελούν. ΔΥΣ-ΛΙΠΙΔΙΑ-ΑΙΜΙΑ: το ΔΥΣ σημαίνει διαταραχή, το ΛΙΠΙΔΙΑ αναφέρεται σε σωματίδια που περιέχουν κατά κύριο λόγο λιποειδείς ουσίες (πχ χοληστερίνη) και η κατάληξη ΑΙΜΙΑ ότι τα προηγούμενα συμβαίνουν μέσα στο αίμα.

Ο όρος “δυσλιπιδαιμία” έχει αντικαταστήσει τους παλαιότερα χρησιμοποιούμενους υπερχοληστεριναιμία, υπερλιπιδαιμία κλπ, επειδή εκφράζει την γενικότερη διαταραχή της μεταβολικής ισορροπίας των λιπιδίων και δεν φανερώνει μόνο υψηλές τιμές αυτών. Λέγοντας δυσλιπιδαιμία συνήθως εννοούμε διαταραχές της χοληστερίνης, των τριγλυκεριδίων, της HDL και της LDL.

Αιτιολογία και συχνότητα

Η δυσλιπιδαιμία ανάλογα με την αιτιολογία της, διακρίνεται σε πρωτοπαθή όταν είναι μόνον γονιδιακής (κληρονομικής) αιτιολογίας και σε δευτεροπαθή η οποία είναι συνήθως συνοδό εύρημα άλλων παθολογικών καταστάσεων ή/και κακής διατροφής.

Στην πρωτοπαθή δυσλιπιδαιμία συναντούμε διάφορες και ποικίλες διαταραχές των λιπιδίων στο αίμα, οι οποίες μπορεί να οφείλονται σε μία ή περισσότερες γενετικές ανωμαλίες. Αντίθετα, αυξημένες τιμές χοληστερίνης στο αίμα (δηλαδή υπερχοληστεριναιμία) προκαλεί ο υποθυρεοειδισμός, το νεφρωσικό σύνδρομο, μερικές ηπατοπάθειες και διάφορες άλλες σπανιότερες παθολογικές καταστάσεις. Αυξημένα επίπεδα τριγλυκεριδίων (δηλαδή υπερτριγλυκεριδαιμία) συνοδεύουν το σακχαρώδη διαβήτη, την παχυσαρκία, την αυξημένη κατανάλωση οινοπνευματωδών, τη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, τη χρήση διαφόρων φαρμάκων, και άλλα σπάνια νοσήματα. Παράγοντες που προκαλούν ανεπιθύμητη μείωση της HDL, εκτός από τους γενετικούς, είναι η παχυσαρκία, το κάπνισμα, ο σακχαρώδης διαβήτης, η νεφρική ανεπάρκεια, η υπερτριγλυκεριδαιμία και ποικίλα φάρμακα. Πολλές νόσοι προκαλούν μικτού τύπου δυσλιπιδαιμία, δηλαδή διαταραχές σε περισσότερα από ένα λιποειδικά μόρια.

Η συχνότητα της πρωτοπαθούς δυσλιπιδαιμίας ευτυχώς είναι χαμηλή. Ειδικότερα, η συχνότητα της οικογενούς (κληρονομικής) υπερχοληστεριναιμίας είναι 0.1% - 0.2%, της οικογενούς υπερτριγλυκεριδαιμίας είναι 0.2% - 0.3% και της οικογενούς μικτής υπερλιπιδαιμίας είναι 0.3% - 0.5%. Αντίθετα, οι δευτεροπαθείς δυσλιπιδαιμίες είναι συχνότερες και η συχνότητά τους κυμαίνεται από 3% - 10% στο γενικό πληθυσμό.

Προληπτικός έλεγχος για ανίχνευση της νόσου

Είναι πλήρως τεκμηριωμένο και κοινά αποδεκτό ότι η αυξημένη χοληστερίνη αίματος κυρίως, αλλά και γενικότερα η δυσλιπιδαιμία, αναπτύσσει και επιταχύνει τη διαδικασία της αθηροσκλήρωσης, μια διεργασία που καταλήγει στη στεφανιαία νόσο και το έμφραγμα του μυοκαρδίου. Επομένως, η συστηματική έρευνα του πληθυσμού για πιθανή ύπαρξη δυσλιπιδαιμίας, έχει τεράστια σημασία για την πρόληψη καρδιοαγγειακών νοσημάτων αθηροσκληρωτικής αιτιολογίας.

Προληπτικός έλεγχος πρέπει να γίνεται σε άτομα με:

- Οικογενειακό ιστορικό στεφανιαίας νόσου, δυσλιπιδαιμίας, πρόωρου θανάτου από καρδιοαγγειακό νόσημα κλπ.
- Ύπαρξη άλλου ή άλλων παραγόντων κινδύνου για στεφανιαία νόσο, όπως κάπνισμα, σακχαρώδη διαβήτη, παχυσαρκία, υπέρταση, υπερουριχαιμία.
- Ήδη γνωστή νόσο που συνοδεύεται από δυσλιπιδαιμία, όπως υποθυρεοειδισμό, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, ηπατοπάθεια, σακχαρώδη διαβήτη, παχυσαρκία.

- Σε κάθε εξέταση προληπτικής ιατρικής. Εάν όμως, ευρεθεί τιμή χοληστερίνης μικρότερη των 200 mg%, τότε η επόμενη μέτρησή της θα πρέπει να γίνει ξανά, έως μετά από 3 χρόνια.

Συμπτώματα και σημεία της νόσου

Συνήθως, η δυσλιπιδαιμία δεν συνοδεύεται από εντυπωσιακά συμπτώματα ή εμφανή σημεία στο ανθρώπινο σώμα και έτσι ύπουλα και αθόρυβα συνεχίζει για πολλά χρόνια τη βλαπτική της επίδραση στα αγγεία. Μερικές φορές (κυρίως η πρωτοπαθής υπερλιπιδαιμία) συνοδεύεται από ξανθελάσματα βλεφάρων, γεροντότοξο (λεπτή άσπρη γραμμή κατά μήκος της περιφέρειας της ίριδας) και διαφόρων τύπων (γραμμοειδή, οζώδη, εκθυτικά κλπ) ξανθώματα, δηλαδή συνοδεύεται από κάποιες δερματικές εκδηλώσεις. Όταν φθάσει η δυσλιπιδαιμία να συνοδεύεται από τη συμπτωματολογία της στηθάγχης, τότε έχει σχεδόν ήδη ολοκληρώσει το καταστροφικό έργο της.

Εργαστηριακά ευρήματα

Τις περισσότερες φορές είναι αρκετή η μέτρηση στο αίμα της χοληστερίνης, των τριγλυκεριδίων και της HDL. Από αυτά, μπορεί εύκολα να υπολογιστεί ο αθηρωματικός δείκτης (ο λόγος της χοληστερίνης προς την HDL), ο οποίος πρέπει να προσδιορίζεται επί μέτριας αύξησης της χοληστερίνης, καθώς και ο υπολογισμός της LDL. Ειδικότερες και πολυπλοκότερες εξετάσεις σπάνια χρειάζονται και συνήθως γίνονται σε επιλεγμένες περιπτώσεις. Ας μην ξεχνάμε ότι εργαστηριακός έλεγχος απαιτείται για τον αποκλεισμό ή την επιβεβαίωση της πιθανής ύπαρξης πρωτοπαθούς νόσου που προκαλεί την δυσλιπιδαιμία.

Θεραπεία

Σε θεραπευτική αγωγή πρέπει να τίθενται όλοι όσοι έχουν LDL-χοληστερίνη αίματος υψηλότερη από 160 mg%, καθώς και όσοι έχουν LDL-χοληστερίνη πάνω από 130 mg% αλλά συγχρόνως έχουν και άλλον ή άλλους προδιαθεσικούς παράγοντες κινδύνου καρδιοαγγειακής νόσου και οι στεφανιαίοι ασθενείς ή οι πάσχοντες από νόσους ισοδύναμες της στεφανιαίας νόσου, όπως π.χ. οι διαβητικοί και έχουν LDL-χοληστερίνη πάνω από 100 mg%. Επίσης, όλοι όσοι έχουν τριγλυκερίδια πάνω από 300 mg%, ή αθηρωματικό δείκτη μεγαλύτερο από 5.

Κατ' αρχάς, κάθε υποκείμενη νόσος που προκαλεί δυσλιπιδαιμία θα πρέπει να αντιμετωπίζεται και να διορθώνεται. Επίσης, θα πρέπει να λαμβάνονται μέτρα και για τυχόν άλλους συνυπάρχοντες κινδύνους στεφανιαίας νόσου (π.χ. κάπνισμα, παχυσαρκία) οι οποίοι και θα συναντιμετωπίζονται.

Η βάση της θεραπείας για όλες τις δυσλιπιδαιμίες είναι η δίαιτα. Με τον όρο δίαιτα, δεν εννοούμε τη διαιτητική στέρηση, αλλά τη σωστή και υγιεινή διατροφή. Το άτομο με δυσλιπιδαιμία, θα πρέπει λοιπόν να τροποποιήσει τις διατροφικές του συνήθειες, ώστε για πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα και τις περισσότερες φορές ισόβια να πετύχει:

- Περιορισμό της πρόσληψης γενικά των λιπών και ιδιαίτερα των κεκορεσμένων (ζωικών) λιπών της τροφής. Το λίπος θα πρέπει να αντιστοιχεί το πολύ στο 30% της ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης και να είναι στο μεγαλύτερο ποσοστό του φυτικής προέλευσης.
- Αύξηση της πρόσληψης μακρομοριακών υδατανθράκων και φυτικών ινών (δηλαδή λαχανικών, φρούτων, οσπρίων, δημητριακών κλπ).
- Μείωση της προσλαμβανόμενης χοληστερίνης με τις τροφές, δηλαδή μείωση της κατανάλωσης εντοσθίων, αλλαντικών, αυγών, τυριών, βούτυρου, μαλάκιων κλπ. Η επιτρεπόμενη ημερήσια πρόσληψη χοληστερίνης για ήπιες δυσλιπιδαιμίες είναι έως 300 mg, ενώ για σοβαρές μικρότερη από 200 mg.

Σε αρκετούς ασθενείς όμως, απαιτείται συνδυασμός με τη διαίτα και φαρμακευτικής αγωγής, με στόχο την επιθυμητή ρύθμιση των λιπιδίων του αίματος. Η απόφαση για την έναρξη υπολιπιδαιμικού φαρμάκου πρέπει να λαμβάνεται από το θεράποντα ιατρό, αφού το φάρμακο στις περισσότερες των περιπτώσεων θα πρέπει να χορηγείται σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ασθενούς. Να τονιστεί ότι το φάρμακο δεν χορηγείται σε αντικατάσταση της διαίτας, αλλά για συμπλήρωση του ευεργετικού της αποτελέσματος.

Συγχρόνως, τα άτομα με δυσλιπιδαιμία θα πρέπει να έχουν κανονικό σωματικό βάρος, να έχουν αυξημένη σωματική δραστηριότητα, να σταματήσουν το κάπνισμα και να περιορίσουν την κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών.

Έχει πλέον αποδειχθεί ότι μειώνοντας τα επίπεδα χοληστερίνης του αίματος ελαττώνεται ο κίνδυνος εμφάνισης στεφανιαίας νόσου και εμφράγματος του μυοκαρδίου και ακόμη ότι ελαττώνεται γενικά η θνησιμότητα από καρδιοαγγειακά νοσήματα αθηροσκληρωτικής αιτιολογίας. Σήμερα δεχόμαστε ότι για κάθε 1% μείωση της χοληστερίνης έχουμε 2% μείωση του σχετικού κινδύνου εμφάνισης στεφανιαίας νόσου, καθώς και ότι για κάθε 1% αύξηση της HDL αντιστοιχεί ελάττωση κατά 3% - 4% του σχετικού στεφανιαίου κινδύνου.

Παρακολούθηση ασθενούς με δυσλιπιδαιμία

Μετά την έναρξη της θεραπείας συνιστάται έλεγχος των τιμών των λιπιδίων σε 1.5 με 2 μήνες για εκτίμηση του αποτελέσματος της θεραπείας. Στο ίδιο χρονικό διάστημα θα πρέπει να γίνεται ο έλεγχος κάθε νέου θεραπευτικού χειρισμού της δυσλιπιδαιμίας. Ακολούθως, ο τακτικός επανέλεγχος των λιπιδίων θα πρέπει να γίνεται ανά 3μηνο και πάντως όχι αργότερα από κάθε 6μηνο, επί σταθερά επιτυχημένης ρύθμισης.

Η βελτίωση της δυσλιπιδαιμίας επιτυγχάνεται σχετικά εύκολα, με μια νέα πιο υγιεινή ζωή, το ίδιο απολαυστική όσο και πριν.