



Η καλή και η κακή χοληστερίνη



ΗΛΙΑΣ Μ. ΤΣΟΥΓΚΟΣ
Διευθυντής Β' Καρδιολογικής Κλινικής Ερρίκος Ντινάν HC, Επ. καθηγητής Καρδιολογίας Ιατρικής Σχολής ΕΥC

Η χοληστερίνη υπάρχει σε κάθε κύτταρο του οργανισμού και είναι απαραίτητη για αρκετές φυσιολογικές διαδικασίες μέσα στον οργανισμό, όπως η πέψη του φαγητού, η παραγωγή ορμονών και βιταμίνης D.

Σήμερα είναι γνωστό ότι πάνω από 150 γονίδια εποπεύουν και καθορίζουν την τιμή της ολικής χοληστερίνης, καθώς και των κλασμάτων της, δηλαδή της κακής (LDL) και της καλής (HDL) χοληστερίνης. Στην καθημερινότητά μας συχνά μιλάμε για «κακή» και «καλή» χοληστερίνη και είναι γνωστό ότι η αυξημένη κακή χοληστερίνη συνδέεται με την εμφάνιση καρδιαγγειακών επεισοδίων.

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΚΑΚΗ ΧΟΛΗΣΤΕΡΙΝΗ;

Η LDL χοληστερίνη, η επονομαζόμενη κακή, σε υψηλές τιμές στο αίμα, είναι η κυρίως υπεύθυνη μορφή χοληστερίνης για τη δημιουργία της αθηροσκλήρωσης των αρτηριών. Η δράση της LDL χοληστερίνης στην οξειδωμένη μορφή της είναι να διαπερνά τον έσω χιτώνα των αρτηριών,

να εγκαθίσταται στο τοίχωμά τους και να δημιουργεί τις αθηροσκληρωτικές πλάκες. Στην περίπτωση που αυτές ραγούν (σπάσουν), φράζουν την αρτηρία και δημιουργούν έμφραγμα του μυοκαρδίου ή εγκεφαλικό επεισόδιο.

ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΙ ΑΛΛΗ «ΚΑΚΗ» ΧΟΛΗΣΤΕΡΙΝΗ ΕΚΤΟΣ ΤΗΣ LDL ΧΟΛΗΣΤΕΡΙΝΗΣ;

Μία άλλη μορφή χοληστερίνης που θεωρείται κακή ονομάζεται λιποπρωτεΐνη a, γνωστή και ως Lp (a) και προδίδει το γονιδιακό προφίλ του κάθε ατόμου. Με άλλα λόγια, η Lp (a) καθορίζεται γονιδιακά, όπως γονιδιακά επίσης καθορίζεται η επικινδυνότητά της για την πρόκληση στεφανιαίας νόσου. Η Lp (a), σε αντίθεση με τη LDL χοληστερίνη, δεν επηρεάζεται από τη φαρμακευτική αγωγή ή τη δίαιτα και ο μόνος τρόπος αντιμετώπισής της είναι η καταπολέμηση της LDL χοληστερίνης.

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΚΑΛΗΣ ΧΟΛΗΣΤΕΡΙΝΗΣ;

Η καλή HDL χοληστερίνη αντιστρατεύεται την κακή γιατί αφαιρεί τα

λίπη από τα τοιχώματα των αρτηριών και τα μεταφέρει στο ήπαρ (συκώτι), όπου και αποδομούνται (καταστρέφονται). Όσο υψηλότερη είναι η τιμή της HDL χοληστερίνης τόσο το καλύτερο, γιατί θεωρείται ότι οι υψηλές τιμές προστατεύουν τις στεφανιαίες αρτηρίες και γενικότερα όλες τις αρτηρίες του οργανισμού από αθηροσκλήρωση. Τιμές HDL μεγαλύτερες του 50-60 mg θεωρούνται γενικά ότι παρέχουν προστασία.

ΑΥΞΑΝΟΥΝ ΤΑ ΥΠΟΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΤΗΝ ΚΑΛΗ ΧΟΛΗΣΤΕΡΙΝΗ;

Παρά το γεγονός ότι τα σύγχρονα υπολιπιδαιμικά φάρμακα, δηλαδή οι στατίνες, ελαττώνουν εντυπωσιακά την κακή χοληστερίνη, δεν επιτυγχάνουν την ευεργετική αύξηση της καλής χοληστερίνης, γι' αυτό και οι φυσικοί τρόποι είναι προτιμότεροι, προκειμένου να επιτευχθεί σημαντική αύξηση της καλής χοληστερίνης. Επίσης, όλες οι μελέτες με φάρμακα που πέτυχαν εντυπωσιακή αύξηση της καλής χοληστερίνης φάνηκε ότι παραδόξως αυξάνουν τον κίνδυνο

θανάτου και εγκαταλείφθηκαν.

ΠΟΤΕ ΕΝΑΣ ΑΝΘΡΩΠΟΣ ΚΙΝΔΥΝΕΥΕΙ ΝΑ ΑΝΑΠΤΥΞΕΙ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗ;

Βασικός παράγοντας κινδύνου αποτελεί η αύξηση της LDL χοληστερίνης >160 mg/dl αλλά και η σχέση της ολικής χοληστερίνης με την HDL. Όταν το πηλίκο τους είναι μεγαλύτερο του 5 (ολική χοληστερίνη / HDL > 5), τότε υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξει αθηροσκλήρωση. Αντιθέτως, όταν η σχέση αυτή είναι μικρότερη ή ίση του 4, τότε τα άτομα αυτά έχουν μικρή πιθανότητα να αναπτύξουν αθηροσκλήρωση.

ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΤΡΟΠΟΙ ΝΑ ΕΛΕΓΞΟΥΜΕ ΤΗΝ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑΣ;

Παράλληλα με το βιοχημικό προφίλ του ασθενούς, δηλαδή τη μέτρηση των κλασμάτων της χοληστερίνης, ως χρήσιμος δείκτης εμφανίζεται ένα test που λέγεται CVD και στηρίζεται στην ανίχνευση των αντισωματιών κατά της φωσφορυλοχολίνης (PC), η οποία συνδέεται με την οξειδωμένη LDL. Έτσι, ελαττωμένες τιμές αντισωμάτων φωσφορυλοχολίνης υποδηλώνουν την ύπαρξη και την εξέλιξη της αθηροσκλήρωσης των αρτηριών. Επίσης, ένας άλλος σύγχρονος δείκτης είναι το Plac test, που προσδιορίζει το πόσο σταθερές είναι οι αθηροσκληρωτικές πλάκες. ■

Τι είναι η διπολική διαταραχή και πώς αντιμετωπίζεται



ΔΗΜΗΤΡΗΣ Γ. ΚΟΛΟΣΤΟΥΜΠΗΣ
Ψυχίατρος - ψυχοθεραπευτής, πρώην επιστημονικός συνεργάτης του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ)

Αθηνά: Τον εμπόδια εγώ, στα θολά μάτια βαριές απλώνοντάς τον φαντασιές αγιάτρευτης χαράς και στα κοπάδια τον στρέφω και τα βόδια του, που από το κούρσοσ ανάκατα και αμοίραστα οι βοσκοί φύλαγαν με λύσσα ρίχνεται σε αυτά κι αρχίζει μια πολυκέρατη σφαγή με το σπαθί του τρογύρα μακελεύοντας, θαρρώντας πως έχει σφάξει τους Ατρείδες. Κι εγώ τον άντρα που 'χε σαλέψει ο νους του από τη μανία, τον κέντριζα, τον βύθιζα σε μαύρες παγίδες χαλασμού...

Τέκμησση: Σαν τον αψύ νοτιά που ξέσπασε χωρίς αστροπελέκια φλογάτα, έτσι κι αυτός αιφνίδια ησυχάζει... Όσο τον κάτεχε η μανία, εκείνος καιρόταν που βρισκότανε σε τέτοια δεινά, όμως σ' εμάς που έχουμε ακέρια τα λογικά μας, θλίψη μάς γεννούσε. Τώρα, καθώς ξεθύμαν' η αρρώστια κι ανάσανε από αυτήν, τον κυνηγάει πόνος βαρύς...

(Σοφοκλέους «ΑΙΑΣ», μτφρ. Τ. Ρούσσο)

ΣΤΟ ΚΟΡΦΟΛΟΓΗΘΕΝ απόσπασμα αποτυπώνονται με μεγάλη διεισδυτικότητα και ενάργεια οι φάσεις της διπολικής διαταραχής -μανία και δη με ψυχωσικά

στοιχεία, νορμοθυμία, κατάθλιψη- και ραβδοσκοπούνται οι δύσπηνες ψυχοκοινωνικές απολήξεις που καταλείπει.

Η διπολική διαταραχή (μανιοκατάθλιψη) είναι μια χρόνια και υποτροπιάζουσα νόσος που χαρακτηρίζεται από την εναλλαγή φάσεων μανίας (υπερθυμίας) με καταθλιπτικά επεισόδια μεταξύ των οποίων παρεμβάλλονται διαστήματα φυσιολογικής διάθεσης (νορμοθυμία).

Εισβάλλει στη μεθόριο της εφηβείας με την πρώιμη ενήλικη ζωή, προσβάλλει το 2,6-6,5% του γενικού πληθυσμού, διαφεύγει συχνά της διαγνωστικής προσοχής και συνοδεύεται από υψηλό εκθέτη νοσηρότητας, συννοσηρότητας και θνησιμότητας.

Το προσδόκιμο επιβίωσης μειώνεται κατά 20 έτη σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, ο κίνδυνος αυτοκαταστροφής είναι 30 φορές μεγαλύτερος και το 20% των πασχόντων θα πραγματοποιήσει τελεσφόρα απόπειρα. Χωρίς θεραπευτική παρέμβαση οι πάσχοντες διάγουν περίπου το ήμισυ του βίου τους κατατρυχόμενοι από συμπτώματα.

Η διπολική διαταραχή επάγει

μειζονες ψυχοκοινωνικές παρακρούσεις. Στο 73% των πασχόντων υποσκάπτεται η επαγγελματική λειτουργικότητα και το 60% υφίσταται κοινωνική και επαγγελματική διολίσθηση στα επόμενα 5 χρόνια μετά την εισβολή ενός οξέος επεισοδίου.

Στην κλινική εικόνα προεξάρχουν οι διαταραχές του συναισθήματος, οι οποίες όμως συμπαρασύρουν και επηρεάζουν όλες σχεδόν τις ψυχικές λειτουργίες (σκέψη, αντίληψη, βούληση, συγκέντρωση, προσοχή).

Αιτιοπαθογένεια

Η αιτιολογική βάση της διπολικής διαταραχής δεν έχει πλήρως διευκρινιστεί. Οι επικρατούσες σήμερα απόψεις ενοχοποιούν την αλληλεπίδραση, διαντίδραση και δι-απλοκή γενετικών συντελεστών, βιολογικών (βιοχημικών) παραγόντων και ψυχοκοινωνικών παραμέτρων.

Πορεία και πρόγνωση

Στο 75% των περιπτώσεων στις γυναίκες και στο 67% στους άνδρες το πρώτο επεισόδιο της διπολικής διαταραχής είναι συνήθως καταθλιπτικό. Οι περισ-

σότεροι ασθενείς εμφανίζουν και καταθλιπτικά και μανιακά επεισόδια, αν και στο 10% έως 20%, περίπου, εισβάλλουν μόνο μανιακά. Το 40% με 50% των ασθενών θα εμφανίσει και δεύτερο μανιακό επεισόδιο δύο χρόνια μετά την αποδρομή του πρώτου.

Θεραπεία

Η θεραπευτική στρατηγική εξυφάνεται και εκπονεύεται με οδηγητικό νήμα την αντιμετώπιση της οξείας παρούσας φάσης, την αποτροπή των δυνητικά ετεροκαταστροφικών και αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών, την πρόληψη των μελλοντικών επεισοδίων (υποτροπών), την άμβλυση των υπολειμματικών συμπτωμάτων, την ενίσχυση της λειτουργικότητας και την πολυέδρη προαγωγή της ευεξίας.

Τα τελευταία χρόνια επικουρικά και συμπληρωματικά στη φαρμακοθεραπεία -που αποτελεί το δομικό λίθο των παρεμβάσεων- εφαρμόζονται ψυχοκοινωνικές προσεγγίσεις (π.χ. ψυχοεκπαίδευση, γνωσιακή ψυχοθεραπεία) και από τη συνεργική τους δράση προάγεται το θεραπευτικό όφελος. ■