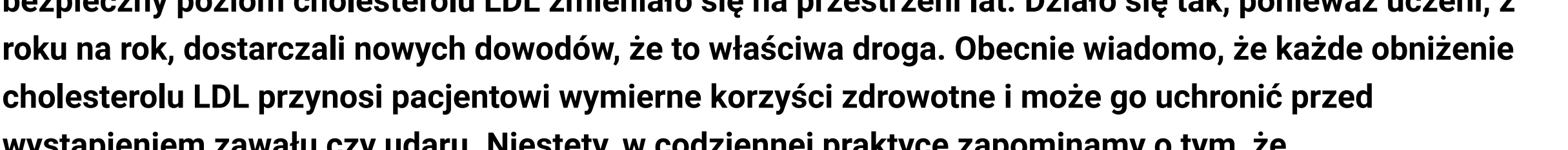


Medexpress.pl > Premium

„Służba Zdrowia”

Hipercholesterolemia – mówmy o niej częściej

ANNA JAROSZ
Opublikowano 31 sierpnia 2023 09:00

Thinkstock / Getty Images

Zależność między wysokim poziomem cholesterolu LDL, a ryzykiem wystąpienia zawału serca, udaru mózgu czy innych powikłań miażdżycy jest bardzo dobrze udokumentowana. Spojrzenie na tzw. bezpieczny poziom cholesterolu LDL zmieniało się na przestrzeni lat. Działo się tak, ponieważ uczeni, z roku na rok, dostarczali nowych dowodów, że to właściwa droga. Obecnie wiadomo, że każde obniżenie cholesterolu LDL przynosi pacjentowi wymierne korzyści zdrowotne i może go uchronić przed wystąpieniem zawału czy udaru. Niestety, w codziennej praktyce zapominamy o tym, że hipercholesterolemia, czyli wysoki poziom cholesterolu LDL we krwi, to skryty zabójca.

Pierwsze dane dotyczące występowania hipercholesterolemii w Polsce pochodzą z badania Pol-MONICA, przeprowadzonego w latach 1984–1993. Już wtedy zgromadzone dane były powodem do niepokoju, ponieważ hipercholesterolemię stwierdzono u 70% kobiet i niemal 73% przebadanych mężczyzn. Obecnie szacuje się, że problem dotyczy nawet 20 mln Polaków, z czego aż 60% nie jest świadomych zagrożenia, jakie stanowią ta choroba. Niebezpieczne jest też przekonanie, nawet wśród niektórych lekarzy, że wysoki poziom cholesterolu LDL dotyczy głównie osób starszych i z nadwagą. Tak nie jest. Hipercholesterolemia dotyczy także osób młodych, aktywnych fizycznie, z prawidłową masą ciała, zdrowo się odżywiających, a nawet noworodków.

W Polsce częściej

Z wielu międzynarodowych badań wynika, że w Polsce zaburzenia lipidowe występują częściej niż w krajach Europy Zachodniej.

– Dyskusja na ten temat toczy się od dawna – mówi dr n. med. Krzysztof Chlebuz, kardiolog, Koordynator Krajowego Centrum Hipercholesterolemii Rodzinnej w Gdańsku, I Katedra i Klinika Kardiologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. – Przyczyn tego zjawiska jest z pewnością wiele, ale najprostszy wyjaśnieniem jest styl życia i sposób odżywiania się rodaków. Często podkreślamy, także w rozmowach z pacjentami, że dla układu krążenia najbezpieczniejsza jest dieta, którą nazywamy śródziemnomorską. W praktyce bywa z tym różnie. Nie chcę generalizować, ale w wielu polskich domach na stołach króluje masło, wieprzowina, tłusty nabiał, białe pieczywo. Jemy mało warzyw, ryb, białego, lekkiego mięsa, zdrowego tłuszczu roślinnego. Obok jakości pożywienia jest też kwestia ilości. Wiele osób przejada się. Poza tym Polacy dość często ulegają namowom „autorytetów”, które nakłaniają do przejścia na dietę ketonową czy korzystanie z oleju kokosowego czy palmowego. Takie postępowanie musi się zakończyć zdrowotną porażką.

– Wyższy odsetek pacjentów z wysokim poziomem cholesterolu LDL w Polsce, w porównaniu z mieszkańcami Europy Zachodniej, jest faktem – dodaje ekspert. – Polska jest krajem wysokiego ryzyka schorzeń sercowo-naczyniowych, obok Estonii, Albanii i Czech. Słabo wypadamy na tle innych państw. Co więcej u nas kumulują się różne czynniki ryzyka. Mamy wyższy niż w innych krajach odsetek chorych na cukrzycę, nadciśnienie tętnicze, z podwyższonym poziomem cholesterolu. Na powstawanie zaburzeń lipidowych wpływ ma także styl życia, czyli niewielka aktywność fizyczna, palenie papierosów. Jeżeli 60% osób z hipercholesterolemią nie jest świadoma choroby, to znaczy, że w każdej chwili mogą ulec zawałowi lub udarowi niedokrwinnemu.

Podstawowa opieka mało zdrowotna

Istnieje wyraźna dysproporcja między wiedzą opartą na dowodach naukowych i budowanych na niej zaleceniach dla lekarzy a codzienną praktyką. Nadal zdarza się, że zlecając badania lekarz ogranicza się do oznaczenia poziomu cholesterolu całkowitego.

– Z klinicznego punktu widzenia, ale także z powodu efektywności leczenia pacjenta, ograniczanie się do oznaczania poziomu cholesterolu całkowitego, to zdecydowanie za mało do oceny ryzyka chorób sercowo-naczyniowych – stwierdza dr Chlebuz. – W zaleceniach kardiologicznych dla lekarzy wyraźnie się mówi, że powinniśmy się skupiać na poziomie cholesterolu LDL, aby osiągnąć założony cel terapeutyczny. Wysoki poziom cholesterolu LDL jest bezpośrednio skorelowany z liczbą zawałów i udarów. Inaczej mówiąc, każde obniżenie poziomu cholesterolu LDL we krwi o 40 mg/dl obniża ryzyko zawału o 27%, zaś ryzyko udaru niedokrwinnego o 23%. U wielu pacjentów problemem nie jest tylko wysoki poziom cholesterolu, ale także nadmierne stężenie trójglicerydów. Tak więc, bez poznania obrazu całego lipidogramu, trudno mówić o wdrożeniu skutecznego leczenia. Co więcej, w planowaniu leczenia i osiągnięciu celu terapeutycznego coraz większego znaczenia nabiera cholesterol nie-HDL, którego poziom oblicza się, odejmując od wartości cholesterolu całkowitego, wartość cholesterolu HDL.

W ocenie ryzyka sercowo-naczyniowego dla pacjentów niechorujących dotychczas na serce lekarz POZ może się posługiwać skalą SCORE2. Korzystając z gotowych tabel i uwzględniając indywidualne cechy pacjenta (wiek, płeć, wartość ciśnienia tętniczego, poziom nie-HDL, palenie tytoniu itp.) lekarz może oszacować dziesięcioletnie ryzyko wystąpienia incydentów sercowo-naczyniowych. Niestety, wciąż zbyt rzadko się korzysta ze SCORE2, a szkoda, bo na tej podstawie można uświadomić pacjentowi stopień zagrożenia i wprowadzić odpowiednie działania profilaktyczne i lecznicze, aby nie dopuścić do zawału czy udaru niedokrwinnego.

Lekarze POZ często są w trudnej sytuacji i nietłatwo im przekonać pacjenta, aby zadbał o właściwy poziom cholesterolu LDL, bo w powszechnej świadomości zakorzeniony jest pogląd, że cholesterol jest niezbędny do budowania błon komórkowych. Owszem jest potrzebny. Tyle tylko, że nie walczymy z cholesterolem, który znajduje się w komórkach, ale z cholesterolem, który jest obecny w układzie krążenia, we krwi. Ten jest dla nas zabójczy. Badania naukowe dowodzą, że nawet radykalne obniżenie stężenia LDL nie wpływa na funkcjonowanie komórek i poszczególnych narządów, produkcję hormonów itd. Bywa, że pacjenci nie przyjmują tego do wiadomości.

Nie dajmy się zwieść

Zwyczajko się uważać, że wysoki poziom cholesterolu LDL mają głównie osoby z dużą nadwagą. To mit, który od lat pokutuje nie tylko wśród społeczeństwa, ale także w środowisku medyków.

– To prawda – mówi Krzysztof Chlebuz. – Osoby szczupłe uważają, że problem wysokiego poziomu cholesterolu LDL ich nie dotyczy. Ale badania populacyjne pokazują, że tak nie jest. Oczywiście u osób z nadwagą zaburzenia lipidowe będą występowały częściej, zwłaszcza te, które są związane z zespołem metabolicznym. Nie znaczy to jednak, że osób szczupłych nie dotyczy problem hipercholesterolemii. Dlatego, nawet jeśli nie mamy grama nadwagi, warto wykonać lipidogram. Po 40. roku życia badanie należy wykonywać przynajmniej raz na kilka lat. Miażdżycą to problem, który dotyczy każdego z nas. Proces powstawania blaszki miażdżycowej zaczyna się dość wcześnie, a u osób z grupy wysokiego ryzyka już w dzieciństwie. Przebiega dość wolno i dlatego zaczynamy chorować głównie w piątej i szóstej dekadzie życia. Im dłużej żyjemy, tym proces miażdżycowy może być bardziej zaawansowany. Jeśli sobie to uświadomimy i uwzględnimy czynniki ryzyka (nadciśnienie tętnicze, wysoki poziom cholesterolu LDL, palenie papierosów, czyli wywołanie stanu zapalnego w śródbłonku naczyń, otyłość, niewłaściwą dietę i brak aktywności fizycznej) zrozumiemy, że miażdżycą może się rozwijać wolniej lub szybciej. Dlatego w działaniach prewencyjnych dążymy do tego, aby miażdżycą rozwijała się na tyle wolno, by nigdy nie doprowadziła do udaru czy zawału. Szacuje się, że 18 mln Polaków ma wyższy poziom cholesterolu niż ten, który uznajemy za bezpieczny. Oznacza to, że mamy ogromną grupę osób, które poprzez zmianę nawyków żywieniowych i stylu życia mogłaby oddalić widmo zawału czy udaru. U osób, które mają jakiś problem zdrowotny, np. nadciśnienie, z wysokim poziomem cholesterolu możemy walczyć, stosując nowoczesną i skuteczną farmakoterapię.

Nie tylko zawał

Wysoki poziom cholesterolu we krwi prowadzi nie tylko do zawału lub udaru niedokrwinnego. Szeroko rozumiane problemy niedokrwienne mogą prowadzić do niedokrwienia wielu narządów, np. nerek, być przyczyną chromania przestankowego, miażdżycy tętnic kończyn dolnych czy szyjnych, czyli tętniczo-zaopatrzonych mózgu w utlenowaną krew. Objawem takiego zaburzenia mogą być zaburzenia mowy, widzenia, szumy uszne, zawroty głowy, osłabienie słuchu, zaburzenia chodu czy chwilewe niedowłady kończyn. O tym niewiele mówi się pacjentom i często zamiast wykonać lipidogram kieruje się ich do laryngologa lub neurologa.

– U mężczyzn pierwszym objawem niedokrwienia są często zaburzenia erekcji – mówi ekspert. – Nietłatwo o tym rozmawiać z pacjentem, ale czasem trzeba, a wręcz należy, bo od tego może zależeć jego przyszłość. Warto dodać, że hipercholesterolemia to także zwiększone ryzyko nagłej śmierci sercowej. Dokładne statystyki takich zgonów nie są znane, ale mówiąc o zagrożeniach wynikających z wysokiego poziomu cholesterolu nie można o tym zapominać. Nie chodzi o to, aby lekarz straszył pacjenta, ale o to, aby przedstawił mu realne zagrożenia i zmotywował do ograniczenia ryzyka.

Rodzinna i wielogenowa

– Za hipercholesterolemię rodzinną, chorobę genetyczną, odpowiada jeden wadliwy gen, który sprawia, że pacjent ma bardzo wysoki poziom cholesterolu całkowitego i cholesterolu LDL – mówi dr Chlebuz. – To osobna grupa pacjentów, u których szukamy takiej mutacji w genach. Pacjentów dorosłych z podwyższonym poziomem cholesterolu jest w Polsce 18–19 milionów, a pacjentów z hipercholesterolemią rodzinną jest 130–190 tysięcy. A zatem większość pacjentów ma inny problem niż mutacja w jednym genie. Oznacza to, że u większości chorych występuje problem wielogenowej hipercholesterolemii. Różnicę między tymi dwiema postaciami schorzenia można wytłumaczyć na przykładzie dziedziczenia wzrostu. Nie dzieje się to w systemie 1:1. Ostatecznie o naszym wzroście decyduje wiele genów. Im więcej mamy genów predestynujących nas do wysokiego wzrostu, tym jesteśmy wyżsi. I odwrotnie. Podobnie jest z hipercholesterolemią wielogenową. Im bogatsza jest mieszanka genów sprzyjających wysokiemu poziomowi cholesterolu, tym więcej możemy mieć problemów. Warto pamiętać, że są pewne cechy, które różnią pacjentów z obu grup. U pacjentów z wielogenową hipercholesterolemią odnotowuje się na ogół niższe poziomy cholesterolu niż u osób z hipercholesterolemią rodzinną. Poza tym pacjenci wielogenowi szybko reagują na zaproponowaną terapię i dobry efekt można uzyskać, stosując mniej radykalne środki, czyli leki słabiej działające, w mniejszych dawkach. Przy hipercholesterolemii rodzinnej konieczne jest ordynowanie silniejszych leków, często kilku, i w większych dawkach, aby osiągnąć cel terapeutyczny. Warto też wiedzieć, że przy hipercholesterolemii wielogenowej wiele można osiągnąć, zmieniając styl życia i dietę. Warunek jest jeden – pacjent musi chcieć i zrozumieć, że choć nic go nie boli, powinien się leczyć.

Odczarować statyny

Statyny to podstawowe leki, które obniżają poziom cholesterolu. Niestety na ich temat krąży wiele nieprawdziwych, wręcz szkodliwych, informacji. Sprawia to, że chorzy nie chcą przyjmować tych leków obawiając się działań ubocznych, włącznie z chorobami nowotworowymi.

– W przypadku statyn poziom nieracjonalności zderza się z poziomem racjonalności – mówi Krzysztof Chlebuz. – Z moich doświadczeń klinicznych wynika, że jeśli poświęcimy pacjentowi dość czasu, aby wytłumaczyć mu jak działają statyny i jakie korzyści przyniosą, to wielu pacjentów, żeby obawy pacjenta skonfrontować z wiedzą medyczną, wykazać nieprawdziwość powtarzanych przekonań – udaje się uzyskać kompromis i zgodę na leczenie statynami. Uważam, że po stronie lekarzy leży obowiązek odczarowania statyn. Musimy znaleźć czas na rozmowę z pacjentem, na rozwianie jego wątpliwości, na powiedzenie prawdy.

– Wielu pacjentów bez porozumienia z lekarzem odstawia statyny – dodaje ekspert. – Twierdzą, że źle się czuli, gdy je stosowali, że mieli dolegliwości, które lekarzowi trudno zobiektywizować, bo np. parametry biochemiczne niczego nie ujawniają, a pacjent zgłasza dolegliwości. Mimo to, namawiam pacjentów do powrotu do terapii statynami. Zdaje sobie sprawę z siły efektu nocebo. Pacjent, który wie, że po zażyciu statyny może mieć bóle mięśniowe, będzie je odczuwał. Nasi podopieczni często wypierają fakt, że odczuwali różne dolegliwości, zanim zaczęli przyjmować statyny. Są już badania, które pokazują, że niezależnie od tego czy pacjent przyjmuje statyny, czy placebo i tak odczuwa np. bóle mięśniowe. Tak działa nasza podświadomość. Z mojego doświadczenia wynika, że jeśli pacjent jest otoczony opieką i jest, że może prosić o wyjaśnienie swoich wątpliwości dotyczących terapii – decyduje się na leczenie. Jeśli ktoś jest nieprzejednanym wrogiem statyn, możemy zaproponować inne leczenie. Ale – co warto podkreślić – leczenie statynami nie obciąża portfela tak, jak leczenie innymi preparatami. Poza tym ordynując statyny możemy aż o 60% obniżyć poziom cholesterolu LDL, czego nie osiągniemy, zlecając np. łagodniejszy ezetimib.

Statyny to bardzo dobre leki – podkreśla ekspert. – Ich przeciwnicy nieustannie powtarzają nieprawdziwe informacje na ich temat. Informacje, które nie zostały potwierdzone w żadnych badaniach. Nie potwierdziły się informacje, że statyny działają pronowotworowo. Wiemy, że nie wpływają negatywnie na funkcje poznawcze, a więc nie sprzyjają rozwojowi chorób neurodegeneracyjnych. Statynami leczymy też dzieci, często przed okresem dojrzewania, i nie obserwujemy u nich zaburzeń rozwojowych czy hormonalnych. Dysponujemy potężnym arsenałem dowodów naukowych na to, że statyny są lekami bezpiecznymi. Trzeba o tym rozmawiać z pacjentami, którzy mają obawy. Oczywiście pacjent, mimo wielu argumentów za, może nie zgodzić się na leczenie statynami, ale musi też wiedzieć, że działa przeciwko sobie.

Statyny uratowały miliony istnień ludzkich na całym świecie. Stosowane są od ponad 30 lat, są tanie, powszechnie dostępne i w znaczący sposób zmniejszają ryzyko sercowo-naczyniowe. Nie tylko skutecznie obniżają poziom cholesterolu LDL, ale także stabilizują blaszkę miażdżycową. To ważne, bo większość z nas ma, w mniejszym bądź większym stopniu, zaawansowaną miażdżycę, a jeśli blaszka pęknie to mamy zawał lub udar, z którego nie zawsze udaje się nam wyjść obronną ręką. O tym też trzeba mówić pacjentom.

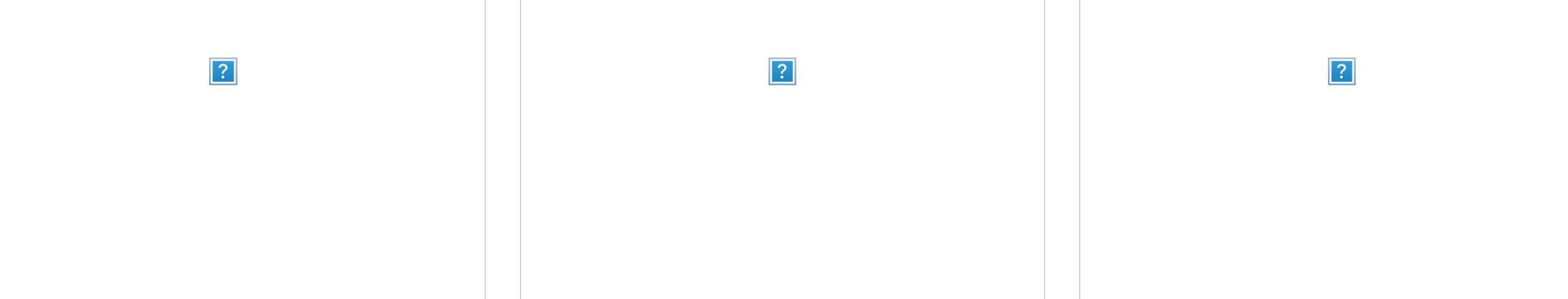
Co nas czeka?

Czy będzie przybywało osób z wysokim poziomem cholesterolu LDL? To pytanie do wróżki. Medycyna opiera się na badaniach i dowodach naukowych. Z jednej strony widzimy, że coraz więcej osób prowadzi aktywny styl życia, uprawia różne sporty, zwraca uwagę nie tylko na to ile, ale i co je. W kontrze do tego zjawiska jest codzienny obraz polskich ulic.

Nadmierną masę ciała w Polsce ma 65,7% mężczyzn i 45,9% kobiet. Otyłość występuje u 15,4% mężczyzn i 15,2% kobiet, a tyłocia obłążymia (BMI 40,0 lub więcej) u 0,5% mężczyzn i 0,4% kobiet – wynika z danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego.

– Niepokojącym zjawiskiem jest otyłość u dzieci – mówi Krzysztof Chlebuz. – Istnieje świadoma tendencja do przegapienia zdrowia, ale do kluczowej kwestii jest badanie pacjentów na szeroką skalę i wychwytywanie osób, które mają podwyższony poziom cholesterolu LDL i proponowanie im odpowiedniego leczenia. Musimy pracować także nad tym, aby przeciwnicy czterdziestolatek, z pozoru zdrowy, chciał się przebadać i poznać swój lipidogram. Korzyści płynące z wczesnego leczenia podwyższonego poziomu cholesterolu LDL doskonale pokazuje, znane kardiologom, badanie Jupiter, z którego wynika, że wprowadzenie niewielkich dawek statyn, nawet u pacjentów z niewielkim ryzykiem sercowo-naczyniowym, istotnie je obniża. W przypadku hipercholesterolemii rodzinnej konieczne jest zwiększenie czujności lekarzy rodzinnych na występowanie osób z wysokim stężeniem cholesterolu LDL. Leczyć należy nie tylko zdiagnozowanego pacjenta, ale także jego krewnych pierwszego stopnia, bo wadliwy gen jest dziedziczony w 50%. Zapanujemy nad hipercholesterolemią tylko wtedy, gdy zwiększymy jej wykrywalność. A zatem dużo pracy przed nami.

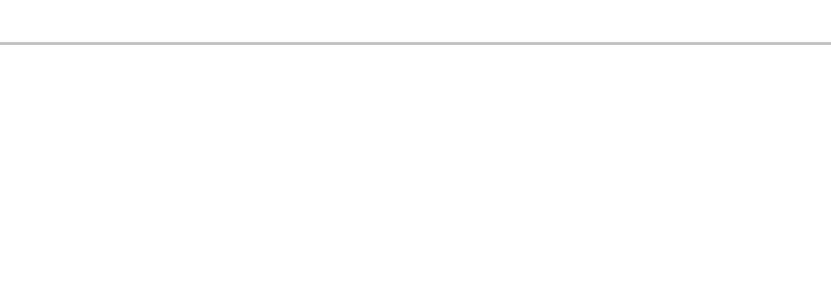
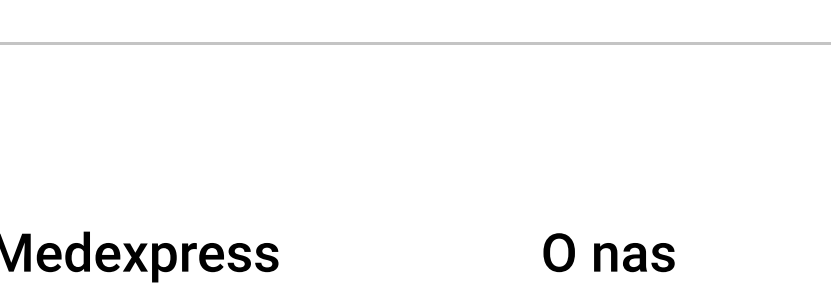
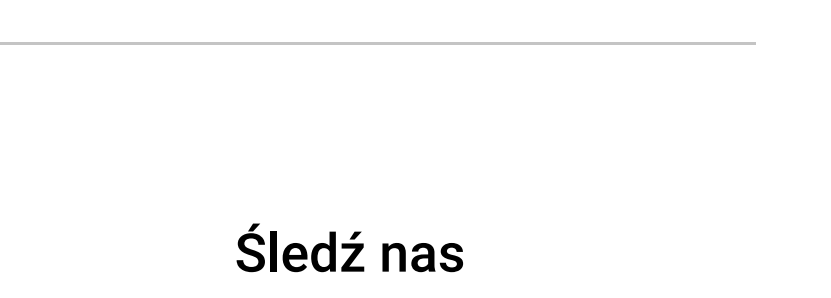
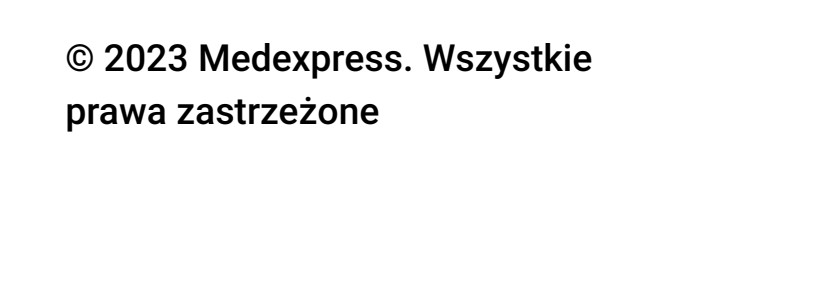
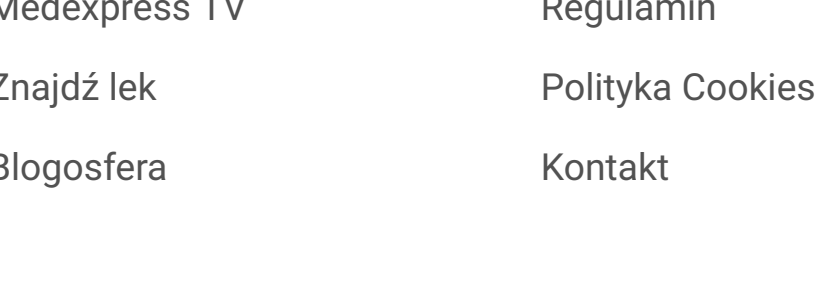
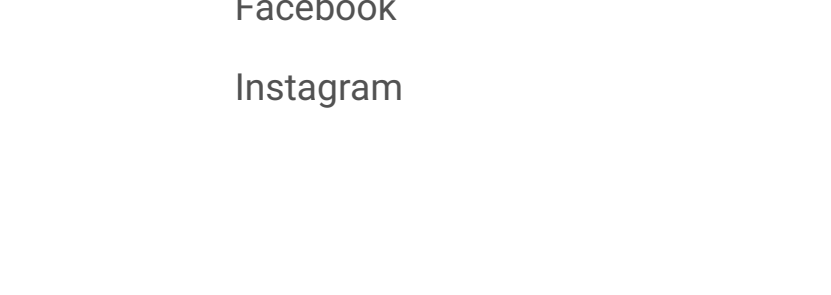
Źródło: „Służba Zdrowia”



Pobierz ten artykuł w formacie .pdf

Tematy

ZABURZENIA LIPIDOWE

Choroby ultrazadkie
Mutacje SYNGAP1 i STXBP1
18 kwietnia 2024Pacjenci też chcą zmiany zasad odpowiedzialności personelu medycznego za zdarzenia niepożądane
8 kwietnia 2024ŚWIĄTOWY DZIEŃ CHOROBY AFEKTYWNEJ DWUBIEGUNOWEJ
Depresja może być pierwszym objawem choroby afektywnej dwubiegunowej u dzieci i młodzieży – co warto wiedzieć o tej chorobie?
29 marca 2024E-recepta na Lotwie
6 marca 2024Mowa, to nie tylko wymowa. Europejski Dzień Logopedy
6 marca 2024ARTYKUŁ SPONSOROWANY
Kubus.pl – skarbnica wiedzy dla rodziców
4 marca 2024DZIEŃ BABCI I DZIDKA 2024
Coraz więcej osób starszych w Polsce. Najnowsze dane i wyzwania dla opieki
22 stycznia 2024RPO radzi: Wyciek danych wrażliwych. Co zrobić w przypadku naruszenia ochrony danych osobowych?
18 stycznia 2024