

Con il patrocinio di



Società Italiana di
MEDICINA GENERALE

D.N.Da

Osservatorio Nazionale
sulla salute della Donna



equ*i*valente

conosci e scegli i **farmaci equivalenti**



TEVA



direfarecuore

il rischio cardio vascolare al femminile

© Copyright 2011 by Pacini Editore S.p.A. - Pisa

Realizzazione editoriale e progetto grafico

Pacini Editore S.p.A.

Via A. Gherardesca 1, 56121 Pisa

www.pacinieditore.it - info@pacinieditore.it

Stampa

Industrie Grafiche Pacini - Pisa

Marketing Dept Pacini Editore Medicina

Andrea Tognelli, Medical Project - Marketing Director

Tel. 050 3130255 - atognelli@pacinieditore.it

Fabio Poponcini, Sales Manager

Tel. 050 3130218 - fpoponcini@pacinieditore.it

Manuela Mori, Customer Relationship Manager

Tel. 050 3130217 - mmori@pacinieditore.it

Redazione

Lucia Castelli

Tel. 050 3130224 - lcastelli@pacinieditore.it

La pubblicazione è resa possibile grazie al contributo incondizionato di TEVA Italia

Edizione gratuita non destinata alla vendita

Le fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941 n. 633. Le riproduzioni effettuate per finalità di carattere professionale, economico o commerciale o comunque per uso diverso da quello personale possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da AIDRO, Corso di Porta Romana n. 108, Milano 20122, e-mail segreteria@aidro.org e sito web www.aidro.org



Finito di stampare nel mese di Aprile 2011 presso le Industrie Grafiche della Pacini Editore S.p.A.
Via A. Gherardesca - 56121 Ospedaletto (PI)
Telefono 050 313011 - Telefax 050 3130300
www.pacinieditore.it



L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 1947 ha definito la salute come "stato di benessere fisico, psichico e relazionale", di conseguenza nel momento in cui uno di questi tre elementi è alterato si può rilevare lo stato di "malattia". In quest'ottica la salute femminile deve essere sempre più oggetto di un'attenzione politica e sociale. L'evoluzione civile della società vede aumentare ogni giorno il numero di donne che raggiungono la prima linea anche in campo lavorativo, con inevitabili aggravamenti di situazioni di stress che concorrono all'usura delle risorse psico-fisiche che le donne devono utilizzare anche sul fronte familiare. Il doppio lavoro, la propensione femminile ad occuparsi prima dei bisogni e della salute degli altri e poi di quelli propri, un interesse per la salute femminile prevalentemente circoscritto agli aspetti riproduttivi, la limitata partecipazione delle donne agli studi clinici sui nuovi farmaci: sono tutti fattori che dimostrano come le donne siano ancora svantaggiate, rispetto agli uomini, nella tutela della loro salute.

Peraltro, vivendo più a lungo degli uomini, le donne sono anche maggiormente soggette a patologie di tipo cronico, consumano più farmaci e svolgono un ruolo importante all'interno della famiglia nell'assicurare l'appropriatezza delle cure, per il partner e per i figli. Tutte queste considerazioni hanno portato nel 2005 a costituire O.N.Da, l'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna che si propone di studiare le principali problematiche e tematiche di salute femminili.

Promuovendo studi, pubblicazioni, convegni, campagne di comunicazione ed altre attività che identifichino le differenze di genere tra uomo e donna, l'Osservatorio vuole contribuire a delineare nuove strategie per raggiungere l'equità in tema di salute.

O.N.Da si propone inoltre di promuovere e divulgare la ricerca di base e clinica sulle principali malattie legate alla salute femminile e di valutare l'impatto sociale ed economico, nonché le implicazioni giuridiche ed assicurative, al fine di suggerire strategie per una migliore allocazione delle risorse.

Perché una pubblicazione sulle malattie cardiovascolari

Le **malattie cardiovascolari**, in particolare quelle su base aterosclerotica, rappresentavano fino ad alcuni decenni fa patologie tipicamente riferibili al sesso maschile. Ai giorni nostri, l'ipertensione arteriosa, la cardiopatia coronarica, le arteriopatie periferiche e lo scompenso cardiaco costituiscono ormai anche per le donne un pesante tributo alla modernizzazione, al benessere, all'acquisizione di un ruolo di primo piano in ambito lavorativo, politico e sociale.

L'invecchiamento generale della popolazione, specialmente femminile, ha reso in particolare lo scompenso cardiaco un vero e proprio problema sociale, per le sue numerose implicazioni negative in termini sanitari, assistenziali ed economici.

Francesca Merzagora
*Presidente Osservatorio Nazionale
sulla salute della Donna*

IPERTENSIONE ARTERIOSA

CHE COS'È?

Con il termine "ipertensione arteriosa" si definisce un aumento anormale della pressione arteriosa. La pressione arteriosa è l'energia con la quale il sangue circola nei vasi arteriosi.

Essa dipende dalla spinta impressa dal cuore al sangue e dalla elasticità dei vasi arteriosi: più questi sono rigidi e più la pressione sarà alta.

I valori della pressione arteriosa variano con l'età e tendono ad aumentare con il passare degli anni e nel corso della giornata: risultano più alti al risveglio e aumentano in caso di sollecitazioni fisiche ed emotive.

L'OMS ha definito ipertensione arteriosa la pressione che in più rilevazioni è uguale o superiore al valore di 140 mmHg di sistolica o 90 mmHg di diastolica.

Valori pressori di sistolica compresi tra 140 e 159 mmHg e di diastolica tra 90 e 99 mmHg sono definiti come **ipertensione di grado lieve**.

Valori pressori di 160-179 mmHg di sistolica o 100-109 mmHg di diastolica rappresentano un **ipertensione di grado moderato**.

Infine valori uguali o superiori a 180 e 110 mmHg, rispettivamente di sistolica e di diastolica, costituiscono un **ipertensione di grado severo o grave**.

DONNA E IPERTENSIONE

La donna, in genere normotesa o ipotesa in età fertile, sviluppa ipertensione in post-menopausa nel 50% dei casi per un aumento della massa corporea che determina, attraverso il fenomeno dell'insulino-resistenza, con ritenzione idro-salina, un incremento del volume plasmatico.

La sospensione delle mestruazioni, che rappresentano una pur modesta emorragia a cadenza mensile, aumenta l'ematocrito e di conseguenza le resistenze periferiche. Infine la carenza estrogenica si traduce in perdita, peraltro improvvisa, di sostanze con azione vasodilatatrice, in quanto endotelio-attive. Da non trascurare poi il ruolo di una base genetico-familiare. Tutti questi fenomeni associati contribuiscono allo sviluppo dell'ipertensione arteriosa. A ciò va aggiunta l'insulino-resistenza che sembra rappresentare l'elemento patogenetico responsabile della Sindrome Metabolica, una condizione caratterizzata dalla contempo-

Definizioni e classificazione dei valori di pressione arteriosa secondo l'OMS

	Ottimale	Normale	Normale-alta	Ipertensione di Grado 1 (lieve)
Sistolica (mmHg)	< 120	< 130	130-139	140-159
Diastolica (mmHg)	< 80	< 85	85-89	90-99

I valori normali di pressione arteriosa devono essere inferiori a 140/90 mmHg.

I valori pressori inferiori a 120/80 mmHg sono considerati ottimali.



reana presenza, nello stesso soggetto, di alcuni disordini metabolici, e che nei vari studi epidemiologici risulta associata ad un aumento di circa tre volte del rischio di sviluppare eventi cardiovascolari e di circa sei volte di sviluppare diabete.

COME SI PRESENTA?

Normalmente il primo riscontro di ipertensione arteriosa, soprattutto nelle forme lievi, è occasionale.

Nei casi di pressione molto elevata è possibile avere: cefalea, sensazione di testa pesante, ronzii alle orecchie, vertigini, perdita di sangue dal naso (epistassi).

Normalmente i disturbi provocati dall'ipertensione arteriosa sono legati ai danni indotti dalla stessa su alcuni organi che risultano particolarmente sensibili ad elevati valori di pressione arteriosa, soprattutto se questi valori sono mantenuti a lungo nel tempo: il cuore, i reni e il cervello.

Un'elevata pressione arteriosa può provocare

alterazioni del ritmo cardiaco, dolori al petto (espressione di una condizione ischemica del cuore, cioè di un ridotto apporto di sangue rispetto ai bisogni), sino a giungere ad una condizione di insufficienza cardiaca (cioè di incapacità del cuore di far fronte al proprio ruolo di pompa nel sistema circolatorio).

L'ipertensione può produrre una progressiva riduzione della funzionalità renale con perdita di proteine nelle urine e riduzione della loro quantità. Un'ipertensione arteriosa elevata e mantenuta a lungo nel tempo può danneggiare irrimediabilmente i reni.

I disturbi a carico del cervello sono legati ai danni del circolo cerebrale e possono manifestarsi con compromissioni acute e drammatiche di alcune aree del cervello (ictus) oppure con una lenta e graduale perdita di alcune funzioni quali la memoria, l'attenzione, l'orientamento nello spazio e nel tempo.

COME SI FA LA DIAGNOSI?

La diagnosi viene realizzata attraverso la misurazione della pressione sanguigna.

Si possono considerare equivalenti tra loro i sistemi di misurazione manuale, che richiedono una certa esperienza, e quelli elettronici a lettura automatica, di uso più semplice e utilizzabili comodamente presso il proprio domicilio.

Sottogruppo borderline	Iipertensione di Grado 2 (moderata)	Iipertensione di Grado 3 (grave)	Iipertensione sistolica isolata	Sottogruppo borderline
140-149	160-179	> 180	> 140	140-149
90-94	100-109	> 110	< 90	< 90

Indipendentemente dal tipo di misurazione, è importante che questa avvenga in condizioni idonee e rilassate. La prima volta è opportuno fare una misurazione in piedi e una da sdraiati. Sono consigliabili almeno tre misurazioni a distanza di qualche minuto l'una dall'altra.

Negli ultimi anni sono stati sviluppati apparecchi tascabili (*Holter pressorio*) in grado di misurare ripetutamente la pressione arteriosa nel corso della giornata. Essi offrono il vantaggio di poter controllare l'andamento dei valori pressori nel corso delle varie attività svolte dal paziente durante le 24 ore.

Se si dimostra la presenza di ipertensione arteriosa è necessario escludere alcune possibili cause:

- certe malattie a carico dei reni, del surrene e dell'ipofisi;
- assunzione di alcuni farmaci (gocce decongestionanti nasali, cortisonici, pillola anticoncezionale, antiacidi contenenti sodio);
- abitudini alimentari (ingestione di liquirizia, consumo di alcool, cibi ricchi in sodio).

È utile valutare la presenza di alcuni fattori di rischio che sono spesso associati all'ipertensione:

- obesità;
- diabete;
- fumo.

Tuttavia, nella grande maggioranza dei casi non è possibile identificare una causa precisa alla base dell'ipertensione. In questo caso si parla di ipertensione essenziale.

In queste eventualità l'obiettivo diagnostico da perseguire è la ricerca di eventuali danni d'organo già prodotti dall'ipertensione.

Fondamentale è un'accurata visita medica al fine di evidenziare eventuali stati di sofferenza del cuore o di altri organi indotti dall'ipertensione.

COME SI CURA?

Nei rari casi in cui venga evidenziata una malattia come causa dell'ipertensione arteriosa, la cura sarà evidentemente diretta al controllo della malattia stessa, attraverso farmaci, come nel caso delle malattie del sistema immunitario o del sistema ghiandolare, o interventi, come nel caso delle stenosi vascolari e delle malattie del sistema ghiandolare non curabili con farmaci.

Nei casi di ipertensione essenziale l'obiettivo della cura sarà invece quello di abbassare costantemente i valori pressori.

Modificazioni mirate dello stile di vita possono assicurare già in breve tempo una lieve riduzione dei valori pressori. Esse comprendono la pratica di un esercizio fisico regolare, una dieta a basso contenuto di sale e di grassi, la riduzione del peso, la limitazione nell'assunzione di alcolici.

Quando queste misure non si rivelino sufficienti è giustificato il passaggio all'uso dei farmaci.



LO SCOMPENSO CARDIACO

Numerosi sono attualmente quelli a disposizione, con diversi meccanismi d'azione il cui risultato finale è comunque quello di ridurre la pressione arteriosa (diuretici, beta-bloccanti, calcio-antagonisti, ace-inibitori, inibitori dell'angiotensina II, alfa-bloccanti, vasodilatatori arteriosi, agenti centrali, antiserotoninergici).

Può essere sufficiente l'uso di uno solo di questi farmaci o necessaria la combinazione di alcuni di essi.

L'ipertensione arteriosa è una condizione caratterizzata da una grande dinamicità. Una cura efficace in un dato momento può non esserlo più a distanza di tempo. È quindi buona norma sottoporsi a controlli periodici non solo dei valori pressori, ma anche di tutti quei parametri che possono indicare eventuali danni d'organo indotti dall'ipertensione.

In particolare sono consigliabili:

- un controllo della pressione arteriosa (una volta al mese);
- un elettrocardiogramma (una volta all'anno);
- controlli dei principali parametri ematochimici (una volta all'anno).

A CHI RIVOLGERSI?

Il primo riscontro di ipertensione arteriosa avviene generalmente da parte del medico di famiglia che è in grado di programmare i primi esami di controllo ed impostare la terapia.

In caso di necessità l'eventuale approfondimento delle indagini verrà affidato al medico specialista che, in contatto con il medico di medicina generale, seguirà l'evoluzione del problema.

Lo scompenso cardiaco è una malattia ti-

pica dell'età avanzata: si calcola che la sua prevalenza all'interno della popolazione anziana sia quasi del 10%. Esso costituisce la causa più frequente di ricovero ospedaliero nelle pazienti al di sopra dei 65 anni. Lo scompenso cardiaco rappresenta il possibile esito finale delle patologie cardiovascolari che direttamente (come l'ischemia miocardica) o indirettamente (come l'ipertensione arteriosa) danneggiano la funzione di pompa ventricolare.

È caratterizzato da una condizione di insufficienza cardiaca (cioè di incapacità del cuore a far fronte al proprio ruolo di pompa nel sistema circolatorio) che inizialmente si manifesta con mancanza del respiro durante la notte, con necessità di mettersi seduti per respirare meglio, o durante lo sforzo, e con comparsa di gonfiori alle gambe.

Generalmente non si manifesta in modo improvviso, ma tende a svilupparsi lentamente; così possono trascorrere mesi prima che emergano sintomi chiari e si possa intervenire. L'insufficienza funzionale cronica del cuore può avere anche esito fatale.

COME SI MANIFESTA?

I sintomi principali dello scompenso cardiaco sono:

- edema (accumulo di liquido nell'addome, nei polmoni, nelle gambe, nei piedi);

- insufficienza respiratoria (causata da un eccesso di liquido nei polmoni);
- tosse secca persistente, con respiro affannoso;
- stanchezza (causata dal carente rifornimento di ossigeno ai muscoli e ai tessuti, con possibili danni a vari organi);
- inappetenza (per la ridotta efficienza dell'apparato digerente);
- confusione mentale (perdite di memoria, disorientamento);
- aumento della frequenza cardiaca (il cuore aumenta i battiti per compensare la perdita della capacità di pompa muscolare, fino alla comparsa di palpitazioni).

DA COSA È CAUSATO?

Si ritiene in genere che lo scompenso cardiaco sia una conseguenza di altre patologie, che danneggiano in vario modo il sistema cardiovascolare.

Le cause principali dello scompenso sono:

- l'aterosclerosi (ispessimento delle pareti arteriose);
- l'infarto (l'aterosclerosi, in particolare a livello delle coronarie, causa la diminuzione dell'afflusso di sangue al miocardio, danneggiandolo. Principalmente colpisce il ventricolo sinistro);
- l'ipertensione arteriosa (livelli elevati di pressione costringono il cuore a pompare più del normale per consentire una circolazione di sangue normale nell'organismo, con un graduale affaticamento del miocardio);
- diabete mellito (la condizione metabolica più a rischio per la salute delle arterie);
- patologie polmonari (che provocano una carenza nel rifornimento di ossigeno al cuore, costretto a un superlavoro);

- patologie specifiche del miocardio (per varie cause, fra cui l'abuso di alcool o sostanze stupefacenti e infezioni virali o batteriche);
- patologie valvolari (diverse malattie possono causare un malfunzionamento delle valvole cardiache, con conseguente affaticamento del cuore, costretto a lavorare più del normale).

COME SI CURA?

Il trattamento dello scompenso cardiaco varia sulla base della gravità della malattia. Il controllo dei parametri vitali è quotidianamente indispensabile: pressione arteriosa e peso sono i principali. Si interviene inoltre con diversi tipi di farmaci, a seconda delle circostanze (diuretici, beta-bloccanti, ACE-inibitori).

È indubitabilmente importante salvaguardare lo stato di salute del nostro cuore ponendo



in atto comportamenti virtuosi e di dimostrata efficacia in ambito di prevenzione cardiovascolare.

In tal modo le donne possono assicurare al proprio cuore una buona performance anche durante la terza età: scrupoloso controllo della pressione arteriosa e dei livelli ematici di colesterolo, attenta terapia medica o chirurgica di un'eventuale insufficienza coronarica, corretta igiene di vita (alimentazione moderata e povera di grassi animali, eliminazione del fumo, adeguata e regolare attività fisica).

INFARTO MIOCARDICO



Nella donna l'infarto miocardico (IMA) presenta singolari caratteristiche sia per motivi epidemiologici che prognostici e terapeutici.

Prima della menopausa, ossia prima dei 45 anni, l'infarto è un evento raro: l'incidenza maschile è di 8/100.000 casi annui, mentre quella femminile di 4/100.000. Ma ciò nonostante nelle donne giovani l'IMA presenta una mortalità doppia rispetto a quella riscontrata negli uomini e comunque si tratta di un fenomeno in aumento.

Dal 1982 i casi registrati sono raddoppiati. Certamente le donne hanno assunto uno stile di vita simile a quello dell'uomo e questo può aver contribuito a renderle più esposte a questa patologia. Inoltre, le donne fumatrici sono in costante aumento, vengono danneggiate dal fumo in misura maggiore degli uomini, e risulta anche che non riescano a smettere facilmente. Inoltre diabete, ipertensione e dieta scorretta (pochissime vitamine e molti grassi saturi) sono tutti fattori che hanno determinato questo significativo aumento della frequenza. Esiste un ulteriore elemento da segnalare: l'uso della pillola anticoncezionale che, dopo i 35 anni, in donne fumatrici, in sovrappeso e ipertese, costituisce un problema. Ma il periodo postmenopausale, in cui viene a mancare la protezione degli estrogeni, è quello che fa registrare una vera impennata dei casi di infarto tale da eguagliare l'incidenza nel sesso maschile e addirittura superarla oltre i 75 anni.

Spesso la donna con infarto è gravata da una più alta mortalità perché la diagnosi è più tardiva: la donna si presenta all'ospedale molto dopo l'insorgenza dei primi sintomi (malessere, dolore addominale aspecifico).

co, nausea, ecc.), che tende a misconoscere, essendo meno tipici rispetto all'uomo (dolore toracico irradiato all'arto superiore sinistro). Lo stesso atteggiamento di minor attenzione è presente anche nei lavori (???) che valutano l'atteggiamento dei medici e così si spiega perché alla donna vengano spesso negate terapie collaudate come la trombolisi o l'angioplastica primaria che, se effettuate nelle prime ore, sono importantissime nel ridurre sia la mortalità acuta che a distanza.

L'IMA nella donna è una realtà diversa, in parte per caratteristiche biologiche, che dovranno essere studiate e meglio comprese per avere manovre terapeutiche efficaci, in parte per motivi culturali, perché vengono sottoutilizzate procedure diagnostiche e terapeutiche che sono importanti per migliorare la prognosi. Pertanto è fondamentale che la classe medica prenda coscienza con urgenza delle diverse problematiche tra uomo e donna infartuati al fine di consentire a quest'ultima una migliore qualità di vita e ridurre i casi di decesso.

COSA SONO LE DISLIPIDEMIE?

Con il termine dislipidemia o iperlipoproteinemia si intende l'alterazione della quantità di grassi o lipidi normalmente presenti nel sangue. Come regola generale si parla di iperlipoproteinemia quando il colesterolo plasmatico è superiore a 180-200mg/dl e quando i trigliceridi sono superiori a 200mg/dl.

Essendo il sangue una miscela idrosolubile (fatta prevalentemente di acqua), il colesterolo ed i trigliceridi, che sono invece insolubili in acqua, vengono trasportati in circolo attraverso delle proteine plasmatiche specifiche, le lipoproteine. Le lipoproteine più conosciute sono le HDL (*high density lipoproteins* cioè lipoproteine ad alta densità) e le LDL (*low density lipoproteins* ovvero lipoproteine a bassa densità), che rappresentano rispettivamente il colesterolo "buono" e il colesterolo "cattivo". Le HDL trasportano i grassi dalle arterie al fegato mentre le LDL favoriscono l'accumulo dei grassi in periferia.

DISLIPIDEMIE



I grassi non rappresentano un pericolo diretto per la salute dell'uomo, fino a quando la loro concentrazione non supera il valore raccomandato. Infatti, quando l'apporto di grassi con la dieta è superiore alle necessità dell'organismo o nel caso in cui vi sia una predisposizione genetica, quello che può verificarsi è un accumulo di queste sostanze in alcuni organi come il fegato e nei vasi sanguigni.

Ci sono forme ereditarie che condizionano la manifestazione della malattia, indipendentemente da fattori esterni, e forme più comuni, nelle quali la malattia si manifesta solo in concomitanza a fattori esterni, come l'eccessiva assunzione di grassi dalla dieta, o la complicità di una patologia (dislipidemie secondarie).

QUALI SONO I FATTORI DI RISCHIO?

Esistono alcune condizioni che certamente sono legate ad un aumentato rischio di dislipidemie:

1. età (uomini > 45 anni, donne > 55 anni);
2. sesso (l'uomo ha una maggiore probabilità di ammalarsi, anche se attualmente le differenze stanno scomparendo);
3. ipercolesterolemia;
4. ipertensione arteriosa;
5. fumo di sigarette;
6. diabete.

Esistono poi altre condizioni che sono probabilmente legate a questa patologia:

1. obesità;
2. ipertrigliceridemia;
3. scarsa attività fisica.

DISLIPIDEMIE FAMILIARI

Le dislipidemie familiari sono dovute a difetti di

produzione o di funzionalità delle molecole responsabili del metabolismo dei grassi. Questa condizione è caratterizzata dalla presenza nel sangue di elevati livelli di una o più frazioni lipoproteiche e dall'elevato rischio di sviluppare precocemente malattie cardiovascolari o alcune forme di pancreatiti.

Queste forme sono piuttosto rare e non è facile fare una corretta diagnosi. Per questo motivo esistono dei centri specializzati (Centri Lipidologici) nella diagnosi di queste forme. L'accumulo dei grassi nelle arterie con tutte le alterazioni cellulari che ne conseguono sono all'origine del processo di aterosclerosi, cioè di invecchiamento progressivo delle arterie e degli organi ad esse correlati.

ATEROSCLEROSI ED IPERCOLESTEROLEMIA

È stato dimostrato che un elevato livello di colesterolo plasmatico rappresenta una delle cause principali di insorgenza dell'aterosclerosi, vale a dire l'ispessimento localizzato delle pareti delle arterie, che può provocare l'insorgenza di molte patologie, tra le quali le più note sono l'infarto cardiaco e l'ictus cerebrale. L'aterosclerosi è una situazione morbosa in cui la parete dei vasi è ispessita per la deposizione di grassi. Le manifestazioni cliniche sono legate al restringimento dei vasi colpiti con conseguente ridotto flusso di sangue e minore apporto di ossigeno. La ridotta ossigenazione dei tessuti viene detta ischemia. Le sedi maggiormente colpite sono principalmente le coronarie (infarto cardiaco), l'aorta, i vasi del circolo cerebrale (la cui espressione clinica è l'ictus cerebrale), i vasi del rene e degli arti inferiori e l'apparato gastroenterico.

PREVENZIONE

La dislipidemia, così come l'ipertensione arteriosa e il diabete mellito, è una condizione clinica che può rimanere per anni del tutto asintomatica, per poi manifestarsi improvvisamente ed in modo drammatico, ad esempio, con un infarto. Da qui la necessità della prevenzione, vale a dire di un controllo periodico dei livelli dei grassi nel sangue, allo scopo di ridurre al minimo quelli che possiamo definire gli effetti collaterali della dislipidemia.

A scopo preventivo il colesterolo totale dovrebbe essere misurato in tutta la popolazione di età superiore ai 45 anni e ricontrollato periodicamente. I controlli devono avvenire più precocemente (dai 20 anni) e frequentemente in presenza di familiarità per dislipidemia.

I dati epidemiologici mostrano che la metà della popolazione dei Paesi industrializzati presenta livelli di LDL circolanti tali da predisporre all'insorgenza di aterosclerosi.

La multifattorialità della dislipidemia e la prevenzione delle patologie ad essa correlate determina più campi d'azione.

Le abitudini di vita devono essere modificate seguendo pochi ma efficaci consigli:

- mantenimento del giusto peso corporeo;
- corretta alimentazione;
- costante attività fisica;
- astensione da pericolose abitudini come l'assunzione eccessiva di alcolici e il fumo.

L'alimentazione deve essere povera di colesterolo e di grassi animali saturi, mentre si dovranno privilegiare i grassi insaturi, con abbondanza di cereali, vegetali, legumi, frutta e fibre. L'esercizio fisico aerobico aumenta la frazione lipoproteica HDL del 10%, riduce i trigliceridi di circa il 30% e

gli acidi grassi, riduce i livelli di fibrinogeno e ha effetti benefici anche sull'ipertensione arteriosa lieve.

In presenza di dislipidemia non è sempre sufficiente seguire le regole sopra indicate, ma sarà necessario, come nel caso delle Dislipidemie familiari, intervenire con sostanze farmacologiche (statine e fibrati). Un'alimentazione corretta rende però meno "cattive" persino le forme ereditarie.

Combattere i fattori di rischio è l'approccio migliore per ridurre il rischio di ciascun individuo di avere una malattia coronarica.

IL DIABETE





CHE COS'È IL DIABETE?

Il diabete è una patologia cronica caratterizzata da elevati livelli di zucchero nel sangue: l'organismo non è più in grado di utilizzare il glucosio e lo accumula alzando la glicemia.

L'insulina è il principale ormone che regola l'ingresso del glucosio dal sangue nelle cellule ed è prodotta dalle cellule beta del pancreas. Se non viene prodotta sufficiente insulina o se le cellule non rispondono adeguatamente all'insulina o se l'insulina è difettosa, il glucosio non può essere immagazzinato nelle cellule e rimane libero nel sangue senza poter essere utilizzato, innalzando i valori di glicemia.

QUANTO È DIFFUSO?

Il diabete è una malattia a larghissima diffusione sia nei paesi industrializzati che in quelli in via di sviluppo. Nel mondo sono più di 170 milioni le persone affette da diabete. Questo numero è destinato a crescere esponenzialmente nei prossimi anni soprattutto nei Paesi Industrializzati, in conseguenza non solo dell'aumento della popolazione e della durata della vita media, ma anche delle abitudini di vita. Nel 2025 si stima che ci potranno essere 300 milioni di pazienti diabetici.

Più di 3 milioni di italiani soffrono di diabete; il 30% degli italiani sopra i 40 anni è a rischio di diabete. Si è rilevata una maggiore prevalenza nel sesso femminile (rapporto maschi/femmine 1 su 1,25), in particolar modo il diabete di tipo 2 spesso si manifesta in una fase molto delicata della vita della donna, la menopausa, che comporta alterazioni di tipo ormonale e un aumento del peso corporeo; quest'ultimo si associa spesso ad alterazioni dello stato glucidico, dalla sindrome metabolica al diabete vero e proprio.

LE DIVERSE FORME DI DIABETE

Esistono diverse forme di diabete:

- il diabete tipo 1 è caratterizzato dalla distruzione delle cellule beta del pancreas da parte del sistema immunitario e conduce ad un deficit insulinico assoluto;
- il diabete tipo 2 è invece determinato da un graduale lento declino della secrezione di insulina, in aggiunta ad una alterata sensibilità dei tessuti all'azione dell'insulina, meglio definita come insulino-resistenza;
- il diabete cosiddetto da causa nota, ad esempio difetti genetici della funzione delle cellule beta o dell'azione insulinica, malattie del pancreas (come pancreatite, fibrosi cistica, tumori pancreatici), farmaci o sostanze chimiche (farmaci usati nel trattamento dell'AIDS o dopo trapianto di organo, primo tra tutti il cortisone);
- il diabete gestazionale, che compare durante la gravidanza con ripristino della normale tolleranza glucidica dopo il parto.

COME SI FA LA DIAGNOSI DI DIABETE?

Per fare la diagnosi di diabete è necessario sottoporsi ad un prelievo di sangue venoso

su cui dosare i valori di glicemia. Esistono in commercio strumenti chiamati glucometri che non sono indicati a fine diagnostico, in quanto le misurazioni sono difficilmente standardizzabili.

In assenza di sintomi tipici della malattia, la diagnosi di diabete è definita dalla presenza dei seguenti valori, confermati in due diverse misurazioni:

- glicemia a digiuno ≥ 126 mg/dl (dopo almeno 8 ore di digiuno)
- oppure
- glicemia ≥ 200 mg/dl due ore dopo carico orale di 75 mg di glucosio (test che viene eseguito in laboratorio).

In presenza di sintomi come poliuria, sete e calo ponderale è diagnostico un valore di glicemia ≥ 200 mg/dl (indipendentemente dall'assunzione di cibo). Anche in questo caso è necessario confermare la diagnosi con un secondo esame.

Esistono alcune condizioni in cui i livelli di glicemia sono alterati pur non essendo significativi per una diagnosi di diabete.

Queste condizioni sono chiamate alterata glicemia a digiuno (IFG) quando la glicemia risulta tra 110 e 125 mg/dl, e ridotta tolleranza al glucosio (IGT) quando la glicemia dopo carico orale di glucosio da 75 grammi risulta tra 140 e 199 mg/dl. Le condizioni IGF e IGT non rappresentano patologie di per sé, né si accompagnano ad alcuna sintomatologia clinica, ma sono di interesse medico per l'elevato rischio di diabete e malattie cardiovascolari che le caratterizza.

COME SI CURA?

Le linee guida per attuare una razionale terapia in caso di diabete mellito non complicato prevedono l'adozione da parte del pa-

ziente di uno stile di vita (dieta ed esercizio fisico) adeguato e funzionale al trattamento farmacologico impostato.

Mantenere la glicemia entro valori più vicini possibili alla norma evita nel tempo danni ai reni, alla retina, ai nervi e soprattutto al cuore. I risultati sono spesso buoni, diabetici e diabetologi devono impegnarsi insieme ad affrontare questa malattia.

Nel diabete di tipo 2 alla dieta si associano farmaci che aiutano a ridurre i livelli di glucosio nel sangue (ipoglicemizzanti orali).

Nel diabete di tipo 1, nel quale esiste carenza assoluta di insulina, e nel diabete di tipo 2 resistente alla terapia dietetica e agli antidiabetici orali, l'insulina deve essere somministrata come terapia sostitutiva. Esistono diversi tipi di preparazioni insuliniche classificate solitamente in base alla loro durata d'azione.



La somministrazione di insulina avviene mediante iniezione nel tessuto sottocutaneo (preferibilmente dell'addome), attraverso piccole siringhe o microinfusori.

Lo schema terapeutico più vantaggioso prevede tre iniezioni di insulina regolare da somministrare prima dei pasti. A queste è utile associare prima di cena o prima di coricarsi un'insulina ad azione intermedia per coprire il fabbisogno notturno.

SI PUÒ PREVENIRE IL DIABETE?

Nel corso degli anni sono stati fatti dei tentativi di prevenzione del diabete mellito di tipo 1, ma non si sono mai avuti risultati significativi.

Più rilevante è invece la prevenzione e la diagnosi precoce per quanto riguarda il diabete di tipo 2.

La dieta e l'esercizio fisico sono i due aspetti più importanti per la cura e la prevenzione del diabete.

L'esercizio fisico deve essere effettuato regolarmente (può essere sufficiente ad esempio la classica passeggiata più volte alla settimana) poiché abbassa la pressione, aumenta il colesterolo HDL, riduce i trigliceridi, favorisce la redistribuzione del grasso corporeo.

Per quanto riguarda la dieta, la raccomandazione da fare a chi vuole prevenire il diabete è molto semplice: mangiare meno calorie in modo da perdere peso, mangiare meno grassi saturi (i grassi di origine animale, burro, lardo, formaggi), mangiare più fibre e meno cibi che facciano salire rapidamente la glicemia dopo i pasti (che non sempre sono gli zuccheri semplici).

Questo significa che le persone che riescono a seguire queste semplici raccomandazioni hanno la possibilità di prevenire il diabete di tipo 2 e nel contempo anche di ridurre in modo importante il loro rischio cardiovascolare. La parola chiave è quindi "continuità". Bisogna adottare "seriamente" uno stile di vita sano, fatto di movimento e alimentazione equilibrata.

DONNA E DIABETE

Il diabete è una malattia cronica che richiede da parte della persona che ne è affetta l'acquisizione di nuove condotte di salute e modifiche dello stile di vita. Contemporaneamente è necessaria un'assistenza sanitaria continua e ripetuti interventi di educazione per prevenire le complicanze acute e ridurre il rischio di complicanze a lungo termine. La donna è doppiamente colpita da questa malattia sia perché si può ammalare sia perché svolge l'importantissimo ruolo di caregiver nei confronti dei propri familiari, sostenendoli e supportandoli nella gestione di questa patologia.



Ci siamo
quando
pensi
alla salute
come
a un
diritto.



TEVA

Dietro una storia di successo c'è sempre un progetto: quello di **TEVA, leader mondiale e italiano** dei farmaci equivalenti, è tutelare la salute di tutti unendo l'esperienza con la ricerca. Perché solo dalla **continua innovazione** nascono **soluzioni efficaci, sicure e accessibili** in grado di garantire la qualità della vita di oggi, e di domani.

TEVA. CURIAMO IL PRESENTE PER SOSTENERE IL FUTURO.

N. 1
AL MONDO
NEI FARMACI
EQUIVALENTI