

Komentarz. Intensyfikacja terapii hipolipemizującej — czy tylko pamiętać o silnej statynie?

The commentary. Intensification of hypolipemic therapy — should we remember just about strong statin?

prof. dr hab. n. med. Krzysztof J. Filipiak

I Katedra i Klinika Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

W artykule doc. Filipa M. Szymańskiego znalazło się podsumowanie swoistej rewolucji, jaka się dokonała w 2016 roku wraz z wprowadzeniem nowych europejskich wytycznych dotyczących prewencji (maj 2016) oraz leczenia dyslipidemii (sierpień 2016). Dlaczego nazywam je rewolucją? Podam trzy argumenty.

Po raz pierwszy zdecydowano się na zmianę celów leczenia hipolipemizującego u wszystkich nowo diagnozowanych pacjentów, opierając je w grupach bardzo wysokiego i wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego na indywidualnie oznaczanym celu lipidowym — co najmniej 50-procentowej redukcji wyjściowego stężenia cholesterolu frakcji LDL (*por. ryc. 3. z pracy doc. Szymańskiego*). Oznacza to, że w pewnych przypadkach, w grupie osób obciążonych wysokim lub bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym, cele te mogą sięgnąć takich wartości, jak poniżej 50 mg/dl lub mniej niż 35 mg/dl.

Po drugie, uzmysłowiono lekarzom, że 50-procentowego obniżenia wartości cholesterolu frakcji LDL można się spodziewać, stosując dawki atorwastatyny wynoszące co najmniej 80 mg/dobę, a rosuwastatyny co najmniej 20 mg/dobę, a pewność ta się

zwiększa w przypadku stosowania dawki rosuwastatyny 30 mg/dobę — dawki ekwiwalentnej w stosunku do dawki 80 mg atorwastatyny. Znając swoistą (wartą dalszych badań o charakterze socjologiczno-psychologicznym) niechęć pacjentów i części lekarzy do stosowania „dawek wysokogramowych”, nie spodziewam się, aby istotnie wzrastała przepisywalność atorwastatyny 80 mg. Sądzę jednak, że wiele naszych Koleżanek i wielu Kolegów przekona się do dawki ekwiwalentnej — rosuwastatyny 30 mg.

Po trzecie, propagowana w wytycznych politerapia (jeżeli nie osiągniesz celu cholesterolu frakcji LDL za pomocą statyny, to dodaj ezetimib, jeżeli nie osiągniesz celu cholesterolu frakcji LDL za pomocą statyny i ezetimibu, to dołącz zastrzyk z inhibitora PCSK9 [*proprotein convertase subtilisin/kexin type 9*]), nawet jeżeli nie przełoży się od razu na wzrost odsetka tak leczonych pacjentów (w Polsce jest ich obecnie zaledwie kilka procent spośród osób leczonych hipolipemizująco), to mimo wszystko „odczaruje statyny” po raz kolejny, zmniejszając liczbę „niedowiarków statynowych” — wszystkich obawiających się stosowania leków hipolipemizujących i ich powikłań. *Nota*

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. n. med. Krzysztof J. Filipiak, FESC
I Katedra i Klinika Kardiologii
Warszawski Uniwersytet Medyczny
ul. Banacha 1a, 02-097 Warszawa
e-mail: krzysztof.filipiak@wum.edu.pl

bene, gdy pierwszy raz sugerowaliśmy w „I Deklaracji Sopotkiej” Sekcji Farmakoterapii Sercowo-Naczyniowej Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w 2011 roku, że intensyfikacja leczenia i politerapia będzie przyszłością podejścia do dyslipidemii, kilku prominentnych kardiologów nie chciało się nawet podpisać pod tą deklaracją ... ale cóż, nie każdy bywa wizjonerem. Ci sami kardiolodzy zresztą jeszcze przez kilka lat w swoich wykładach postponowali rosuwastatynę względem atorwastatyny, dowodząc, że w odniesieniu do tej pierwszej statyny nie ma badań w zakresie prewencji wtórnej. I po takim rozumowaniu nie ma dzisiaj śladu w obowiązujących wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego z 2016 roku — liczy się fakt osiągnięcia celu hipolipemizującego w zakresie stężenia cholesterolu frakcji LDL, a w tym kontekście osiągniemy go najszybciej, stosując odpowiednie dawki rosuwastatyny.

Pozostawmy już jednak to rozumowanie na boku. Przed nami nowe wyzwania, w tym nadchodząca era *polypill* — tabletek leczących co najmniej dwie choroby, dwa najczęstsze w polskiej populacji czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego, tj. nadciśnienie tętnicze i hipercholesterolemię.

W swojej pracy doc. Filip M. Szymański zwraca uwagę na preparaty złożone przeznaczone dla pacjentów z podwyższonymi wartościami ciśnienia tętniczego oraz nieprawidłowym stężeniem cholesterolu frakcji LDL oparte na rosuwastatynie. Jeden taki preparat już jest dostępny (rosuwastatyna + amlodipina), a drugi właśnie wchodzi na rynek farmaceutyczny wielu krajów naszej części Europy (rosuwastatyna + walsartan). Analizując trendy przepisywalności statyn w Polsce, wiemy, że najszybciej rośnie przepisywalność rosuwastatyny i to ona, na przełomie 2017 i 2018 roku, będzie zapewne najczęściej przepisywanym lekiem z tej grupy. Dostępność preparatów złożonych (rosuwastatyna + amlodipina oraz rosuwastatyna + walsartan) również dobrze współgra z przyzwyczajeniami polskich lekarzy; amlodipina to najczęściej przepisywany antagonistą wapnia, a walsartan — najczęściej przepisywany w Polsce sartan. Przed nami ciekawy rok 2017, w którym będą się pojawiać kolejne, złożone preparaty tego typu. Zachęcajmy wszystkich do nabywania własnych doświadczeń z tą najnowocześniejszą, zwiększającą współpracę z pacjentem formą leczenia dwóch chorób jedną tabletką.