

Pierwsze wytyczne ESC/EAS „Postępowanie w dyslipidemii” — wydarzenie o istotnym znaczeniu dla profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych

prof. dr hab. n. med. Barbara Cybulska

Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa

Pierwsze wytyczne ESC/EAS na temat postępowania w dyslipidemii są wyrazem doceniania wiodącej roli zaburzeń lipidowych w ryzyku chorób sercowo-naczyniowych, o czym świadczy nie tylko bezpośredni ich związek, zwłaszcza cholesterolu frakcji LDL (LDL-C), z ryzykiem, ale także proporcjonalne do redukcji stężenia LDL-C zmniejszenie zagrożenia tymi chorobami, co bezspornie udowodniły wyniki badań klinicznych ze statynami.

Zapoznając się z wytycznymi, należy zwrócić uwagę na następujące zalecenia:

1. Cztery kategorie indywidualnego ryzyka i dostosowane do nich cele terapeutyczne dla stężenia LDL-C.
2. Karta SCORE podstawą oceny ryzyka i wyznaczania celu terapeutycznego dla LDL-C w prewencji pierwotnej. Możliwość korzystania z wersji elektronicznej. Oddzielna karta SCORE z dodatkowym uwzględnieniem stężenia HDL-C. U osób młodszych niż 40 lat korzystanie z karty względnego ryzyka.
3. Docelowe stężenie LDL-C $< 1,8$ mmol/l u pacjentów z kategorii bardzo dużego ryzyka, do której należą pacjenci z chorobami sercowo-naczyniowymi, cukrzycą lub przewlekłą chorobą nerek oraz osoby z prewencji pierwotnej z ryzykiem zgonu sercowo-naczyniowego $> 10\%$. W stosunku do wymienionych pacjentów jest to podwyższenie kategorii ryzyka z dużego do bardzo dużego i zwiększenie wymagania odnośnie do docelowego stężenia LDL-C z wartości $< 2,5$ mmol/l do $< 1,8$ mmol/l.
4. Oznaczenie LDL-C, triglicerydów (TG) i HDL-C w celu rozpoznania rodzaju dyslipidemii (I klasa rekomendacji). Stężenie LDL-C podstawowym celem terapeutycznym (I klasa rekomendacji).

- Oznaczanie stężenia TG w czasie leczenia pacjentów z dużym stężeniem tego lipidu (II klasa rekomendacji).
5. Ustalenie strategii postępowania (styl życia, natychmiastowe wdrożenie farmakoterapii lub rozważenie jej zastosowania) zależne od wyjściowego stężenia LDL-C i kategorii ryzyka.
 6. Rodzaj interwencji dietetycznej i inne zmiany stylu życia zależne od zaburzeń lipidowych. W szczególności należy stosować te interwencje, które są najbardziej skuteczne w kontroli lipidów i które mają najwyższy poziom dowodu z badań klinicznych (poziom A).
 7. Pierwsze miejsce dla statyn w leczeniu hipercholesterolemii i osiągnięciu celu leczenia dla LDL-C (I klasa rekomendacji, poziom dowodu A).
 8. Pomocnicza rola innych leków hipolipemizujących u pacjentów nietolerujących statyn, u tych, którzy nie osiągną docelowego LDL-C po zastosowaniu statyny oraz w dyslipidemii mieszanej. Rozważenie, w przypadku nietolerancji statyn, zastosowania w kolejności wyboru leku przerywającego krążenie kwasów żółciowych lub kwasu nikotynowego bądź inhibitora wchłaniania cholesterolu. Rozważenie terapii skojarzonej w przypadku nieosiągnięcia celu terapeutycznego dla LDL-C: statyna z inhibitorem wchłaniania cholesterolu lub statyna z lekiem przerywającym krążenie kwasów żółciowych bądź kwasem nikotynowym. Rozważenie terapii skojarzonej w przypadku dyslipidemii mieszanej, tj. dodania do statyny kwasu nikotynowego lub fibratu bądź kwasów tłuszczowych n-3 (możliwość terapii 2- lub 3-lekowej).
 9. Odrębne zalecenia w różnych sytuacjach klinicznych i przypadkach, tj. w rodzinnej hipercholesterolemii,

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. n. med. Barbara Cybulska, Instytut Żywności i Żywienia, ul. Powsińska 61/63, 02–903 Warszawa, e-mail: barbara.cybulska@wp.pl

Copyright © Polskie Towarzystwo Kardiologiczne

u kobiet, u osób starszych, w zespole metabolicznym, w cukrzycy, w niewydolności serca, stanie po transplantacji narządu, chorobie tętnic obwodowych i pierwotnej oraz wtórnej prewencji udaru mózgu.

10. Szczegółowe zalecenia dotyczące monitorowania efektów i bezpieczeństwa terapii. Czas oznaczania lipidów oraz ALT i CK; wartości stężeń enzymów ALT i CK wymagające odstąpienia od terapii.

Wdrożenie do profilaktyki klinicznej wytycznych ESC/EAS na temat postępowania w dyslipidemii jest w zakresie profilaktyki wtórnej poważnym zadaniem dla Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego i Krajowego Nadzoru Specjalistycznego w Kardiologii. Pierwsze wytyczne na ten temat są inspiracją do podejmowania działań edukacyjnych i jednocześnie wzorcowym „narzędziem” do tego celu. Niezbędne jest kształcenie i zwiększenie umiejętności kardiologów oraz internistów w dziedzinie leczenia zaburzeń lipidowych, aby poprawić osiągalność docelowych stężeń LDL-C. Pierwszym krokiem w tym kierunku jest publikacja wytycznych w języku polskim, a następnym szkolenia lekarzy prowadzone przez ekspertów. Konieczne jest włączenie wytycznych do egzaminów specjalizacyjnych w kardiologii i chorobach wewnętrz-

nych. Należy angażować lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w działania także na rzecz profilaktyki wtórnej. Niemożliwe jest bowiem, ze względu na dużą liczbę chorych, aby mogli oni być objęci opieką wyłącznie kardiologów. Profilaktyka pierwotna (zwłaszcza dużego ryzyka), która powinna być domeną lekarzy POZ, praktycznie nie istnieje. Potrzebne jest opracowanie modelu i finansowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Zarówno w profilaktyce pierwotnej, jak i wtórnej należy wykorzystać edukatorów, którymi mogliby być dyplomowani dietetycy, zatrudnieni w poradniach POZ oraz w poradniach specjalistycznych. Poradnictwo dietetyczne powinno być finansowane przez NFZ. Ważna jest też dostępność (koszt) farmakoterapii hipolipemizującej zgodnej z wytycznymi. Odnosi się to szczególnie do pacjentów z bardzo dużym i dużym ryzykiem. Równolegle potrzebna jest stała kampania w środkach masowego przekazu, aby doprowadzić do świadomości społecznej metody profilaktyki i korzyści wynikające z działań profilaktycznych. Szczególnie pożądane jest zaangażowanie telewizji publicznej i publicznego radia. Znaczenie profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych wynika z faktu, że są one przyczyną niemal połowy wszystkich zgonów.

Konflikt interesów: nie zgłoszono