

Zaburzenia lipidowe mogą czasami stanowić jedyny czynnik ryzyka sercowo-naczyniowego. Nowe wytyczne Polskiego Towarzystwa Lipidologicznego, Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce oraz Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego to mapa drogowa dla każdego lekarza rodzinnego. O tym, co znalazło się w aktualnych wytycznych – mówi prof. **Maciej Banach**, kardiolog, dyrektor Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi.

Statyny mogą ratować życie pacjentów z zaburzeniami lipidowymi

W Polsce wiedza na temat zaburzeń lipidowych jest znikoma. Leczenie systemowe także pozostawia wiele do życzenia. Jak można wyróżnić podstawowe ryzyka związane z zaburzeniami lipidowymi?

W nawiązaniu do wyników badań NATPOL oraz POLSENIOR – dyslipidemia w Polsce występuje u ponad 19 mln osób. O ryzyku z nią związanym mówimy w kontekście długoletnim, tzw. *life-long risk*, czyli ryzyko na całe życie. Jest ono bardzo wysokie, o czym wiemy już z pracy prof. Michała Penciny opublikowanej w 2003 r. w „Circulation”. U pacjenta z zaburzeniami lipidowymi w ciągu 20 lat życia istotnie zwiększa się ryzyko sercowo-naczyniowe, a zaburzenia te są niezależnym czynnikiem ryzyka wystąpienia zawału mięśnia sercowego, udaru czy zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych. Problem polega na tym, że z jednej strony wiedza dotycząca tego, że dyslipidemia stanowi bezpośredni czynnik ryzyka choroby

Zaburzenia lipidowe wciąż nie są w Polsce traktowane jako jednostka chorobowa, która powinna być odpowiednio diagnozowana i leczona

niedokrwiennej serca w ocenie długoletniej nie jest duża, z drugiej strony zaburzenia lipidowe wciąż nie są w Polsce traktowane jako jednostka chorobowa, która powinna być odpowiednio diagnozowana i leczona. Nie twierdzę, że od razu należy włączyć leki, ale na pewno taki pacjent zawsze powinien zmienić styl życia. Tymczasem lekarze, nawet w sytuacji wystąpienia już u chorego zawału mięśnia sercowego, potrafią wciąż zalecać jedynie dietę i większą aktywność fizyczną,

ewentualnie małe dawki statyn, nie patrząc na to, jakie jest rzeczywiste ryzyko sercowo-naczyniowe związane z zaburzeniami lipidowymi. Największe wyzwanie stanowi więc zwiększenie świadomości lekarzy i to też leży u podstaw opracowania wytycznych dotyczących dyslipidemii. Wytyczne są gotowym narzędziem do codziennej pracy z pacjentem z wysokim i bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym. A trzeba dodać, że obecnie mniej niż jedna piąta pacjentów z tej grupy jest właściwie leczona.

Jakie grupy chorych z dyslipidemią wymagają szczególnej troski?

Najważniejszą grupę chorych stanowią pacjenci, u których wystąpił już incydent sercowo-naczyniowy,



Fot. Marek Lapis

z rozpoznaniem choroby niedokrwiennej serca, czyli wszyscy zakwalifikowani do prewencji wtórnej. Ci chorzy już mają wskazania do leczenia statynami bez względu na profil lipidowy, ale istotne pytanie, często stawiane przez lekarzy, dotyczy tego, jak należy postępować w sytuacji, kiedy stosowane są statyny u chorego z rozpoznąną chorobą niedokrwinną serca, po zawale i osiągnany jest cel terapeutyczny. Tu ważna jest kontynuacja leczenia tymi samymi dawkami statyn. Nie ma mowy o redukcji dawki czy zupełnym odstawieniu statyn, ponieważ wtedy zwiększamy ryzyko ponownego incydentu sercowo-naczyniowego. W prewencji pierwotnej, czyli u pacjentów bez choroby niedokrwiennej serca, sytuacja jest nieco bardziej skomplikowana, ale tu może pomóc skala SCORE, ewentualnie dopasowana do polskich warunków – POL-SCORE, która pozwala oszacować ryzyko czy też takie czynniki ryzyka, jak cukrzyca, rodzinna hipercholesterolemia, przewlekła choroba nerek, które same w sobie odpowiednio stratyfikują ryzyko pacjenta. Jeżeli ryzyko jest wysokie i bardzo wysokie, dążymy do obniżenia cholesterolu LDL odpowiednio do poziomu poniżej 100 i 70 mg/dl. Jeżeli ryzyko jest niskie i umiarkowane, wtedy w zależności od poziomu cholesterolu LDL podejmujemy określone decyzje

terapeutyczne i wdrażamy postępowanie niefarmakologiczne. Opracowane wytyczne w sposób niezwykle prosty i przyjazny wskazują, jakie należy podjąć działania w konkretnej sytuacji. Co więcej, przygotowana została tabela, na podstawie której można stwierdzić, w zależności od stopnia ryzyka, kiedy należy włączyć leczenie farmakologiczne i w jakiej dawce. Na przykład przy bardzo wysokim ryzyku, gdzie celem jest redukcja o co najmniej 50% cholesterolu LDL, do poziomu poniżej 70 mg/dl, włączamy najwyższe dawki statyn – rosuvastatynę w dawce 20–40 mg na dobę, atorwastatynę w dawce 40–80 mg na dobę lub łączymy te dwa leki z ezetimibem, a w przypadku braku efektu terapeutycznego rozważamy leki nowej generacji, o których także w sposób klarowny informujemy w wytycznych, czyli inhibitory PCSK9. Wytyczne udzielają więc odpowiedzi na pytania, na które często lekarze wcześniej jej nie znajdowali, nawet w wielu źródłach.

Co jest najważniejszym przekazem w kontekście ryzyka rezydualnego przy doborze terapii?

W wytycznych jednoznacznie odpowiadamy na pytanie, czy istnieje potrzeba terapii skojarzonej czy wystarczą statyny. A tak nie zawsze jest. Okazuje

się, że nawet podczas stosowania terapii statynami nadal u większości chorych nie zostaje osiągnięty cel terapeutyczny, o którym już wspomniałem, czyli poziom cholesterolu LDL poniżej 70 mg/dl. Taki wynik osiąga jedynie 21% chorych, poziom poniżej 100 mg/dl – ok. 40% chorych. Wynika z tego, że ponad 70% pacjentów nie osiąga celu terapeutycznego. Co można w takiej sytuacji zrobić? Można zastosować na przykład ezetimib, który powoduje dalsze zmniejszenie cholesterolu LDL o 15–20%. Czasem mamy do czynienia z dyslipidemią aterogenną. Wtedy można rozważyć dodanie fenofibratu, szczególnie u pacjentów z poziomem trójglicerydów powyżej 200 mg/dl mimo przyjmowania statyn, w tym także – a może przede wszystkim – u chorych na cukrzycę. Tym samym w naszych wytycznych rozwiewamy wątpliwości, czy stosować fenofibrat. Wytyczne jednoznacznie stwierdzają, że tak. Wskazują także, w jakich sytuacjach klinicznych można rozważyć zastosowanie inhibitorów PCSK9 jako dodatku do statyny lub statyny i ezetimibu. Ta opcja jest przeznaczona dla pacjentów po incydentach sercowo-naczyniowych nieosiągających celu terapeutycznego, a głównie mających poziom cholesterolu LDL powyżej 160 mg/dl. Są to więc chorzy z najwyższym ryzykiem, także z rodzinną hipercholesterolemią czy z nietolerancją statyn. Ryzyko rezydualne jest więc bardzo ważne – zwiększa ryzyko incydentów sercowo-naczyniowych, a stosując takie leki, jak ezetimib, fenofibrat czy nowe leki z grupy inhibitorów PCSK9, możemy to ryzyko skutecznie obniżyć.

Jakie są najważniejsze różnice w podejściu do zaburzeń lipidowych w wieku dziecięcym i podeszłym?

W prosty sposób nie można odpowiedzieć na to pytanie. Przede wszystkim przez lata lekarze mieli wątpliwości, czy można stosować statyny i leki hipolipemizujące u dzieci. Teraz już wiadomo, że jest grupa dzieci, u których występują zaburzenia lipidowe. W tej grupie można rozważyć zastosowanie tych leków. Wiemy, że wiek, w którym możemy brać pod uwagę stosowanie statyn, wynosi 8–10 lat w sytuacji ciężkiej dyslipidemii, w tym z rozpoznaniem rodzinnej hipercholesterolemii. W przypadku homozygotycznej hipercholesterolemii nawet wcześniej – w wieku kilku lat, aby jak najwcześniej zmniejszyć ryzyko sercowo-naczyniowe takiego dziecka. U dzieci mamy jednak inne cele terapeutyczne niż u dorosłych i to zostało szczegółowo przedstawione w wytycznych.

Jeśli chodzi o chorych w wieku podeszłym, wiedza się ostatnio zmieniała. Wiadomo, że osoby starsze przyjmują mnóstwo leków, czyli mamy do czynienia z polipragmazją. Musimy się więc zastanowić, jak tym chorym nie pogorszyć jakości życia, a jednocześnie zabezpieczyć ich przed incydem sercowo-naczyniowym. Jeżeli współistnieje u nich choroba niedokrwienna serca, traktujemy ich tak samo jak pacjentów w innych przedziałach wiekowych. Jeżeli nie ma choroby niedokrwiennej serca, a ryzyko sercowo-naczyniowe jest wysokie, to staramy się podawać dawki statyn na poziomie umiarkowanym, aby obniżyć poziom cholesterolu LDL i ryzyko sercowo-naczyniowe, ale nie doprowadzić do nietolerancji statyn związanej na przykład z mialgią czy zaburzeniami poznawczymi. A wiemy, że ryzyko nietolerancji w tej grupie wiekowej jest większe. Zwracamy też uwagę, że statynami, które zmniejszają ryzyko sercowo-naczyniowe, a w mniejszym stopniu przyczyniają się do nietolerancji, są te hydrofilne – przede wszystkim rosuvastatyna, od której pewnie należałoby rozpocząć leczenie, chociaż wciąż wiedza na ten temat jest niewystarczająca, by taka rekomendacja znalazła się w wytycznych.

Co może przeszkodzić w skutecznym leczeniu dyslipidemii i obniżaniu ryzyka sercowo-naczyniowego?

To też szerokie pytanie. Z jednej strony przeszkodzić może właśnie nietolerancja statyn, m.in. kiedy mamy do czynienia z tzw. efektem nocebo. Pacjent nie wiadomo dlaczego oczekuje wystąpienia działań niepożądanych, te zaś niekoniecznie wynikają ze stosowania statyny. Należy bardzo zwracać na to uwagę. W razie działań niepożądanych pacjenci odstawiają leki i to jest ogromny problem. Po 2 latach przyjmowania statyn ich stosowanie kontynuuje mniej niż 50% pacjentów. Trzeba więc myśleć o optymalizacji terapii w sytuacji, kiedy leki nie są przyjmowane regularnie. Do tego dochodzi niestosowanie się do zaleceń lekarskich. Pacjenci przestrzegają zaleceń w sytuacji, kiedy są przekonani o korzyściach z danej terapii. Stąd ogromna rola lekarza, aby przekonać chorego o wysokim ryzyku sercowo-naczyniowym, że statyny są lekami, które mogą uratować mu życie. Potrzebna jest więc edukacja zarówno lekarzy, aby nie stosowali zbyt niskich dawek i zawsze włączali statyny, kiedy są potrzebne, jak i pacjentów, aby wiedzieli, że te leki ratują ich życie.

Rozmawiała Marta Kobrańska