

Správa o panelovej diskusii Lipidový konsenzus

16. február 2006, Bratislava

Podujatie sa konalo v SUZA v Bratislave dňa 16. februára 2006. Organizovala ho Asociácia pre aterosklerózu a ďalšie odborné spoločnosti. Malo dobrú návštevnosť, vrátane hostí z Česka a zahraničia. Vedúca panelu, Doc. MUDr. K. Rašlová, PhD., pri jeho poobedňajšom otvorení poznamenala, že je čas zaujať stanovisko k cieľovým hodnotám sérových lipidov pri liečbe hypolipidemikami u osôb s dyslipoproteinémiou a súčasne s rizikom vzniku alebo už prítomným (aterosklerotickým) kardiovaskulárnym ochorením. Diskusia bola pokračovaním diskusie na Sliachi v novembri 2005). Následne vystúpili v krátkom časovom priestore viacerí rečníci: **M. Gajdoš (Bratislava)** „Ako na Slovensku liečime dyslipoproteinémiu“. Prezentoval štúdiu ORBITS (387 lekárov, obdobie 3. máj 2004 – 28. február 2005, 5 700 pacientov s vysokým/veľmi vysokým kardiovaskulárnym rizikom, zaradené osoby boli aspoň po 12-týždňovej liečbe lubovoľným statínom). Štúdia zisťovala, či sa u týchto osôb dosiahla cieľová hodnota sérových lipidov podľa zaužívaných odporúčaní. *Charakteristika osôb*: priemerný vek 60 rokov, 4 600 osôb vo veľmi vysokom kardiovaskulárnom riziku (prítomná ICHS či jej ekvivalent), diabetici, ďalej osoby s vysokým sérovým cholesterólom a ďalšími dvoma rizikovými faktormi. Podávané statíny: atorvastatín (21 % osôb, dávka 15,7 mg denne v priemere), simvastatín (65 % osôb, dávka 22 mg), fluvastatín (12 % osôb, dávka 87 mg). *Výsledky*: a) podávané boli nízke dávky statínov (len 30 % dávky), b) cieľovú hodnotu celkového cholesterolu dosiahlo (< 5,5 mmol/l) len 30 % osôb, cieľovú hodnotu LDL-C (< 3,0 mmol/l) len 23 % osôb a cieľovú hodnotu LDL-C (< 2,5 mmol/l) len 10 % osôb. Poznámka: Podobné výsledky dosiahli i v zahraničí (EUROASPIRE: len < 50 % osôb dosiahlo žiaduce cieľové hladiny lipidov séra, L-TAP survey v USA: 17 – 37 % osôb). *Záver*: Štúdia ORBITS potvrdila, že u nás nie je dobrý prístup k liečbe dyslipoproteinémií. Významne tým znižujeme možnosť ovplyvniť u týchto osôb kardiovaskulárnu morbiditu/mortalitu. Príčin tohto stavu je veľa, ale je to najmä obava pred zvýšenou preskripciou! (to je však nesprávne). **J. Turaj (Zvolen)** rozoberal problém externej kontroly kvality biochemického vyšetrenia a tiež analytické variácie. **J. Murín (Bratislava)** upozornil na nevyhnutnosť mať „Odporúčania“ („cestovný poriadok“) nielen pre liečbu dyslipidémie, ale aj na potrebu ich dodržiavania. Pripomenul potrebu prispôbiť sa trendom vo svete (čím nižšie, tým lepšie), odporúčal venovať sa predovšetkým metabolickému syndrómu, ktorý je zásobárňou budúceho diabetu (2. typu) a kardiovaskulárnym ochorením. Na metabolický syndróm z hľadiska liečby/prevenie treba hľadiť ako na diabetes mellitus 2. typu – pozri Odporúčania publikované expertmi pod vedením Prof. Tkáča (2005) vo viacerých slovenských časopisoch (Interná

medicína, Súčasná klinická prax, Diabetes a obezita). **S. Filipová (Bratislava)** upozornila na potrebu zmeniť/novelizovať lipidický konsenzus-2 (rok 2002 priniesol výsledky nových klinických štúdií: HPS, PROSPER, ALLHAT-LLT, 2003: ASCOT-LLA, 2004: PROVE-IT-TIMI 22, 2005: FIELD). Návrh je nasledovný: a) u ICHS/ekvivalent ICHS ochorenia doteraz potreba LDL-CH < 3,5 mmol/l (návrh: < 2,6 mmol/l), c) osoby s vysokým kardiovaskulárnym rizikom a diabetici majú mať dnes TG < 2,0 mmol/l (návrh: < 1,5 mmol/l). **L. Fábryová (Bratislava)** prezentovala stanovisko diabetológov k Odporúčaniam. Upozornila na metabolický syndróm, ktorý je „silným rizikom ako diabetes“. Cieľové hodnoty sú navrhnuté takto: u osôb s veľmi vysokým kardiovaskulárnym ochorením (LDL-CH < 1,8 mmol/l, TG < 1,5 mmol/l, HDL-CH > 1,0 u mužov a > 1,3 u žien). Ak TG v sére stúpajú > 1,1 mmol/l začínajú sa v organizme tvoriť vo zvýšenej miere malé denzné LDL-CH častice. Návrh liečebného prístupu: a) ak je u osoby s diabetom/metabolickým syndrómom primárne vyšší LDL-CH (> 2,5 mmol/l), siahame po liečbe statínom, b) ak sa po liečbe statínom nedosiahnu normálne hodnoty LDL-CH, pridáme ezetimib, c) ak po liečbe statínom upravíme LDL-CH, ale naďalej zostáva vysoká hladina TG, pridáme fibrát, d) ak sú primárne u diabetika vysoké sérové TG, dávame fibrát ako prvý a ak je následne po liečbe stále zvýšený LDL-CH (> 2,5 mmol/l), pridáme statín. **A. Dukát (Bratislava)** hovoril o farmakoekonomike tejto dyslipidemie liečby. U nás je ťažko analyzovať, pretože nevieme dobre kategorizovať kvalitu života, hodnotu práceneschopnosti a podobne. Vo svete však farmakoekonomické analýzy hovoria v prospech liečby dyslipidémie. **D. Pella (Prešov)** sa sústredil na kombinovanú liečbu dyslipidémie a jej úskalí. Prezentoval, „ako na to“. **K. Rašlová (Bratislava)** zhrnula údaje a odporúčala dbať na tieto „Odporúčania“ v praxi a snažiť sa cieľové hodnoty aj dosahovať. Prikláňa sa k potrebe „znižovať cieľové hodnoty“ sérových lipidov pri liečbe hypolipidemikami.

Odkaz panelu – každý na svojom mieste (praktik, odborný lekár, odborné spoločnosti) môže zlepšiť osud našich pacientov s dyslipidemiou. Vyžaduje si to len úsilie stotožniť sa s Odporúčaniami a tým aj s ich rutínnym používaním.

Prof. MUDr. Ján Murín, CSc.
I. interná klinika FN v Bratislave
Pracovisko Staré Mesto