

## PRIORYTETY W OCHRONIE ZDROWIA 2022

# Hipercholesterolemia – tykająca

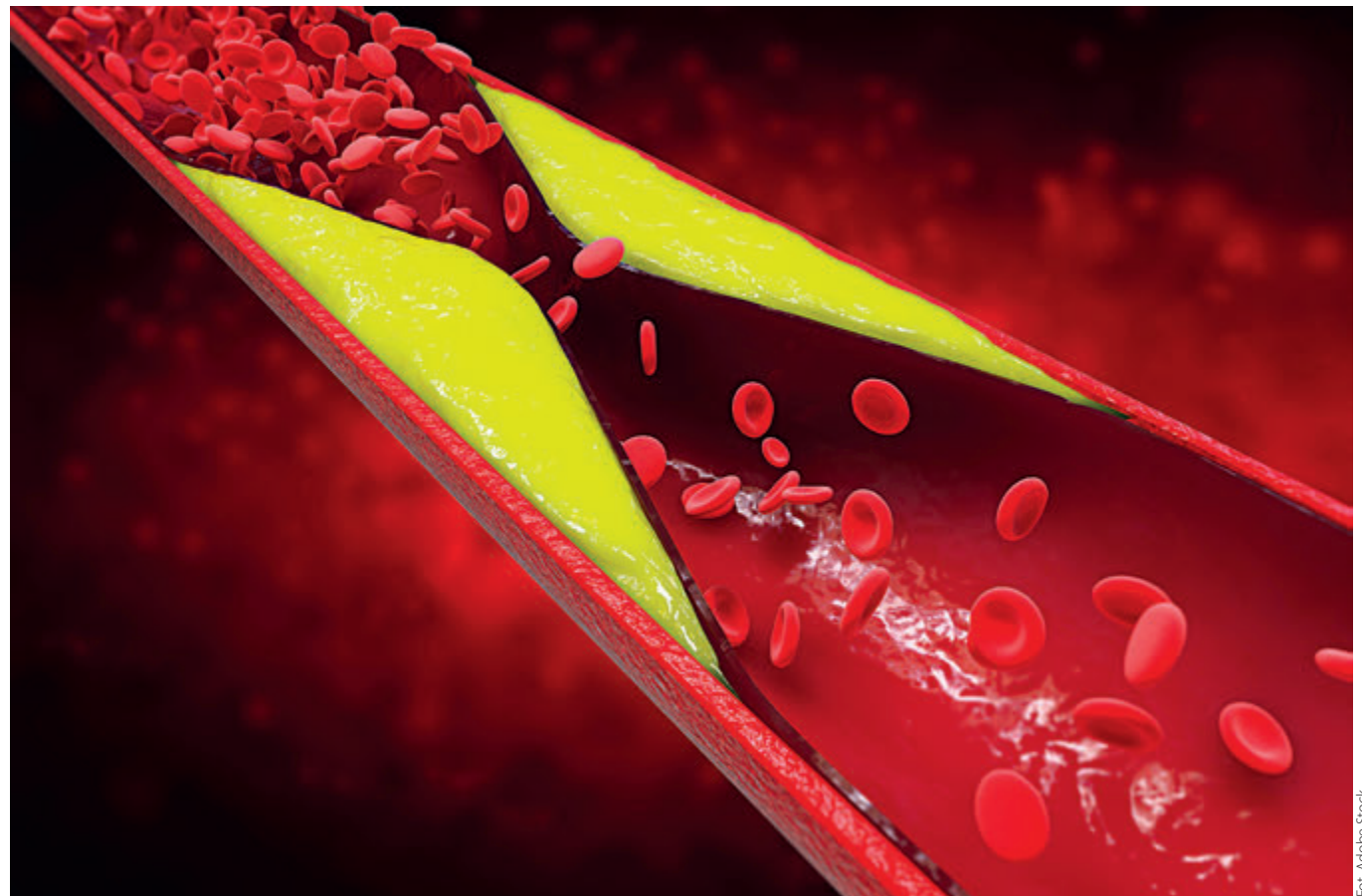
Jakie warunki musiałyby być spełnione, żeby zaburzenia lipidowe były w naszym kraju właściwie diagnozowane i leczone? Dlaczego Polacy nie chcą sprawdzać stężenia cholesterolu, nawet jeśli mogą to zrobić za darmo? Dlaczego nie chcą leczyć hipercholesterolemii? Co należałoby zmienić w programie lekowym B.101, żeby był on bardziej efektywny? Na te pytania starali się znaleźć odpowiedzi eksperci uczestniczący w panelu „Diagnostyka i leczenie zaburzeń lipidowych w Polsce”.

Zaburzenia lipidowe, szczególnie hipercholesterolemia, to łatwo modyfikowalny czynnik ryzyka sercowo-naczyniowego. Mimo to mamy z nim w Polsce ogromny problem. Według statystyk hipercholesterolemia dotyczy 60 proc. dorosłej polskiej populacji, czyli aż 18 mln osób. Spośród tych 18 mln prawie 60 proc. nie wie, że ją ma, a leczonych skutecznie jest tylko 11 proc. Do tego, nawet jeśli hipercholesterolemia jest rozpoznana, to aż 22 proc. chorych nie otrzymuje żadnego leczenia.

Czy to oznacza, że lekarze nie wypełniają należycie swoich obowiązków, wykazując się inercją terapeutyczną? A może to wina chorych, którzy nie chcą się diagnozować i leczyć?

## Nieprawidłowe stężenie cholesterolu nie boli, nie daje objawów

Prof. dr hab. n. med. Jarosław Kaźmierczak, kierownik Kliniki Kardiologii Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii: – *Odpowiedź na te pytania nie jest prosta, bo składa się na nią co najmniej kilka czynników. Chorzy nie są diagnozowani, ponieważ nie wykonują badań profilaktycznych i kontrolnych. Hipercholesterolemia nie boli, a skoro nie boli, chory nie czuje potrzeby diagnostyki i leczenia. Sami lekarze, i to w niemałym odsetku, podchodzą lekceważąco do tego problemu, szczególnie u osób, które są w miarę młode i nie mają innych chorób sercowo-naczyniowych. Za mało osób z hipercholesterolemią jest leczonych, bo one często nie chcą się leczyć. Podstawową grupą leków hipolipemizujących są statyny – tanie i powszechnie dostępne. Niestety w naszym kraju, ale nie tylko naszym, działają ruchy antystatynowe, które głoszą pogląd, że te leki szkodzą i mają dużo działań ubocznych. Nietolerancja statyn oczywiście występuje i jeśli u kogoś się pojawi, to odstawiamy statynę, zmniejszamy dawkę, zmieniamy na inny preparat albo zastępujemy innym lekiem hipolipemizującym. Chcę mocno podkreślić, że nietolerancja statyn według badań występuje nie częściej niż u 5–7 proc. leczonych. Ostat-*



Fot. Adobe Stock

*nio mamy jeszcze do czynienia z efektem nocebo. W tym przypadku objawy uboczne spowodowane są negatywnym nastawieniem pacjenta do terapii.*

*W celu zwiększenia szans identyfikacji osób z zaburzeniami lipidowymi potrzebne jest częstsze niż obecnie wykonywanie lipidogramu.*

*– Moim zdaniem lipidogram powinien być obowiązkowym elementem badań przed przyjęciem do pracy, a także badań okresowych. Niezmiernie ważne jest rozpropagowanie znaczenia dla naszego zdrowia zaburzeń lipidowych. To jest przecież najprawdopodobniej najważniejszy czynnik ryzyka chorób sercowo-naczyniowych. Często zapominamy, że działanie podwyższonego stężenia cholesterolu jest wieloletnie. Dlatego profilaktyka powinna*

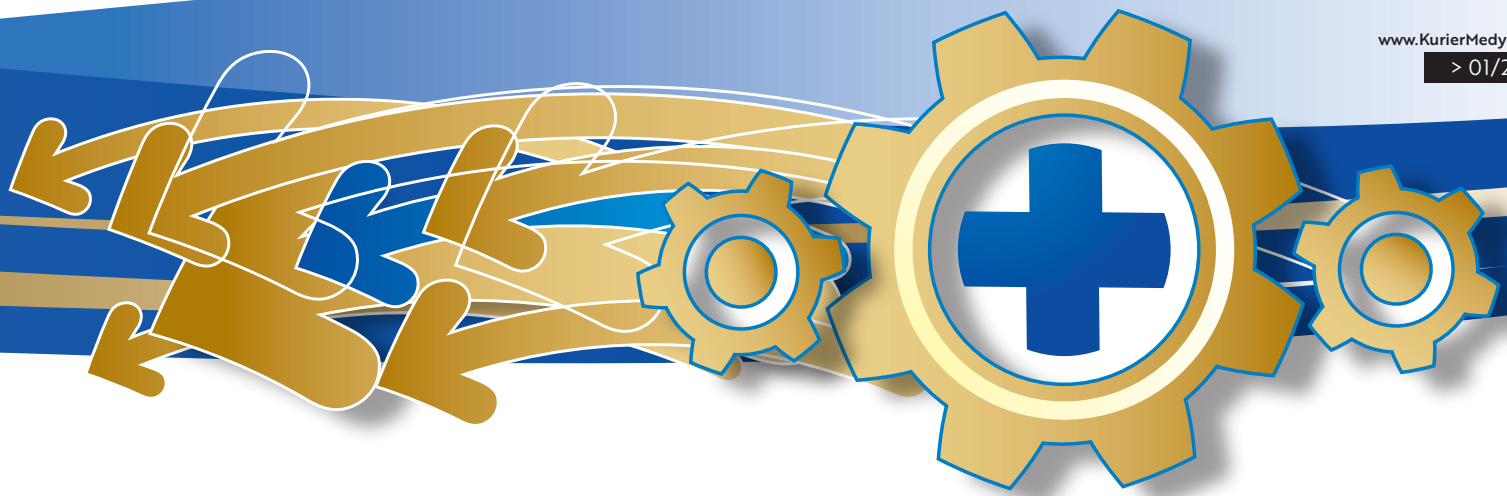
*być rozpoczynana bardzo wcześnie – dodał prof. Jarosław Kaźmierczak.*

## Program Profilaktyka 40 Plus okazał się fiaskiem – dlaczego?

Ministerialny program Profilaktyka 40 Plus wystartował 1 lipca 2021 r. Główny jego cel to profilaktyczna diagnostyka w zakresie najczęściej występujących w polskim społeczeństwie problemów zdrowotnych. W pakiecie darmowych badań, które zapewnia ten program, znalazł się m.in. lipidogram. Do grudnia 2021 r. z programu skorzystało niespełna 1 proc. osób uprawnionych. Z czego może wynikać nasza niechęć do badań profilaktycznych?

*– Tak niski odsetek osób, które za darmo chciały się przebadac, jest porażający. Niechęć do badań profilaktycznych może*

*wynikać z niewiedzy. Być może prowadzone kampanie społeczne wymagają jakiejś modyfikacji, bardziej obrazowego przekazu, by dotrzeć do adresatów. Lekceważymy swoje dolegliwości, nie przywiązujemy do nich wagi. Nawet jeśli lekarz nam sygnalizuje, że mamy zbyt wysokie stężenie cholesterolu, że należy zastosować odpowiednią dietę, zmienić styl życia, bagatelizujemy to. Nie mamy zakorzenionej w świadomości odpowiedzialności za swoje zdrowie. Nie mamy tradycji promowania zdrowego stylu życia od najmłodszych lat. Dopóki nie zaczniemy pokazywać dzieciom, że zdrowy tryb życia jest niezmiernie ważny, nie możemy się spodziewać tłumów zgłaszających się na badania profilaktyczne i przesiewowe – oceniła Agnieszka Wołczenko, prezes Ogólnopolskiego Sto-*



# a bomba

Iwona Kazimierska



Fot. Termedia / Patryk Rydzik

## W DEBACIE UCZESTNICZYLI:

- **dr hab. n. med. Piotr Dobrowolski, prof. NIKard** – Klinika Nadciśnienia Tętniczego Narodowego Instytutu Kardiologii w Warszawie, kierownik Samodzielnej Pracowni Lipidowej w NIKard
- **prof. dr hab. n. med. Jarosław Kaźmierczak** – kierownik Kliniki Kardiologii Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii
- **prof. dr hab. n. med. Przemysław Mitkowski** – I Klinika Kardiologii Katedry Kardiologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, kierownik Pracowni Elektroterapii Serca w Szpitalu Klinicznym im. Heliodora Święcickiego w Poznaniu, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego
- **Agnieszka Wołczyńska** – prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Pacjentów ze Schorzeniami Serca i Naczyń EcoSerce
- moderator: **Iwona Kazimierska**

warzyszenia Pacjentów ze Schorzeniami Serca i Naczyń „EcoSerce”.

– Jestem przekonany, że tak małe zainteresowanie programem Profilaktyka 40 Plus jest związane z kompletnym brakiem świadomości Polaków w zakresie zależności między stanem zdrowia a dobrobytem. Kiedy zajmowano się czynnikami ryzyka w krajach zachodnich, zaobserwowano, że największe korzyści odnosili zamożniejsi mieszkańcy dużych miast, ponieważ było ich stać na zdrowy tryb życia i mieli miejsca, w których mogli realizować zalecenia – skomentował prof. dr hab. n. med. Przemysław Mitkowski z I Kliniki Kardiologii Katedry Kardiologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, kierownik Pracowni Elektroterapii Serca w Szpitalu Klinicznym im. Heliodora Święcickiego w Poznaniu, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. – Może osoby,

które nie wykonały badań z pakietu 40 Plus, a mogły to zrobić, powinny płacić wyższą składkę zdrowotną? Argumenty ekonomiczne są najlepszymi argumentami – dodał ekspert.

## Oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego i LDL to czasem za mało

Towarzystwa naukowe coraz częściej wskazują, że w celu wykrycia zaburzeń lipidowych samo oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego to za mało.

Dr hab. n. med. Piotr Dobrowolski, prof. NIKard, z Kliniki Nadciśnienia Tętniczego Narodowego Instytutu Kardiologii, kierownik Samodzielnej Pracowni Lipidowej w NIKard: – Ważna jest ocena jakiegokolwiek parametru lipidowego, choćby to było tylko stężenie cholesterolu całkowitego. Jeżeli cholesterol całkowity jest niski, to i cholesterol frakcji LDL będzie

niski. Jeśli zbadamy tylko ten parametr i będzie on podwyższony, powinno nas to skłonić do rozbudowania lipidogramu o frakcję LDL. Do badań przesiewowych to wystarczy. Jestem jednak zwolennikiem oceniania od początku diagnostyki całego lipidogramu. W grupie pacjentów z bardzo wysokim ryzykiem, którzy mają już choroby sercowo-naczyniowe w bardzo młodym wieku przy prawidłowym bądź nieco podwyższonym stężeniu cholesterolu całkowitego i frakcji LDL, powinniśmy pomyśleć o oznaczeniu stężenia lipoproteiny (a) oraz apolipoproteiny B. Te cząsteczki są odpowiedzialne za aterogenezę w łożysku wielu tętnic i prowadzą do jawnej klinicznie choroby sercowo-naczyniowej przy prawidłowym stężeniu cholesterolu całkowitego.

Według eksperta u osób obciążonych rodzinnie wysokim ryzykiem sercowo-na-

czyniowym należy wykonać lipidogram znacznie wcześniej niż po 40. roku życia. – Mam na myśli chociażby pacjentów z hipercholesterolemią rodzinną bądź wrodzonym podwyższonym stężeniem lipoproteiny (a). Te osoby niejednokrotnie nie dotrą do 40. roku życia bez zawału serca, udaru mózgu, a czasem wcześniej dochodzi u nich do zgonu – dodał prof. Piotr Dobrowolski.

## Jakie ryzyko sercowo-naczyniowe mają Polacy?

Zgodnie z opublikowanymi w ubiegłym roku wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczącymi prewencji chorób sercowo-naczyniowych Polacy należą do grupy wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego.

# PRIORYTETY W OCHRONIE ZDROWIA 2022

– W wytycznych europejskich mamy cztery grupy ryzyka: niskie, pośrednie, wysokie i bardzo wysokie. Polska została zaliczona do grupy wysokiego ryzyka. Przy ocenie stopnia ryzyka brane są pod uwagę takie czynniki, jak: wiek, płeć, palenie papierosów, skurczowe ciśnienie tętnicze oraz zgodnie z aktualnymi wytycznymi nie stężenie cholesterolu całkowitego, lecz frakcji innej niż HDL (według tabeli SCORE 2). Okazuje się, że przy takim samym natężeniu czynników ryzyka w Polsce jest od 20 do 30 proc. wyższe niż w krajach o niskim czy pośrednim ryzyku. Część z tych czynników możemy kontrolować i powinniśmy to robić bardzo skrupulatnie – podkreślił prof. Przemysław Mitkowski.

Zarówno wytyczne europejskie, jak i rodzime – Polskiego Towarzystwa Lipidologicznego i pięciu innych towarzystw naukowych – ogłoszone w ubiegłym roku zdefiniowały również grupę ekstremalnie wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego. Którzy chorzy są do niej zaliczani? Co dla nich oznacza, że należą do grupy ekstremalnego ryzyka?

– Do grupy ekstremalnego ryzyka sercowo-naczyniowego należą osoby, które w ciągu 2 lat miały dwukrotnie epizod miażdżycowy w układzie sercowo-naczyniowym, czyli np. zawał, później drugi albo udar mózgu. Mowa o dwóch zdarzeniach, ale sądzę, że powinniśmy również brać pod uwagę przedwczesne występowanie objawowej miażdżycy tętnic i na tej grupie chorych bardzo mocno się skupić. Dlaczego? Bo cholesterol nie działa tylko tu i teraz. Musimy uwzględnić wpływ skumulowanej dawki tego czynnika ryzyka na naczynia. Przykładowo, jeżeli mamy stężenie cholesterolu LDL na poziomie 150 mg/dl

już w wieku 10–15 lat, to po 30 latach chory będzie miał zawał serca – wyjaśnił prof. Przemysław Mitkowski.

## Czy osiągamy cele terapeutyczne?

Zgodnie z europejskimi wytycznymi dotyczącymi prewencji sercowo-naczyniowej w grupie najwyższego ryzyka sercowo-naczyniowego należy dążyć do stężenia cholesterolu LDL poniżej 40 mg/dl. Czy terapie obecnie dostępne w Polsce umożliwiają osiągnięcie tego celu?

– Na pewno możemy próbować do tego dążyć, ponieważ do naszego armamentarium weszły nowe, inteligentne leki. W ogóle wchodzimy w erę medycyny inteligentnej, w której terapia jest ukierunkowana na ściśle określony patomechanizm. To pozwala na skuteczne leczenie przy redukcji objawów niepożądanych – powiedział prof. Przemysław Mitkowski.

– Chciałbym w tym miejscu w kilku zdaniach przypomnieć metabolizm cholesterolu. Cholesterol jest produkowany w wątrobie i tam degenerowany. „Zły” cholesterol LDL jest wychwytywany przez receptory na powierzchni komórek wątroby. Wraz z tym receptorem trafia do wnętrza komórki i tam jest degenerowany. Niestety również z tym receptorem. W związku z tym receptorów na powierzchni komórek wątrobowych może czasami brakować. Leki dopuszczone obecnie do stosowania w ramach programu B.101 (Leczenie inhibitorami PCSK9 pacjentów z zaburzeniami lipidowymi), czyli inhibitory białka PCSK9, hamują białko odpowiedzialne za degenerację receptorów odpowiedzialnych za wychwytywanie LDL. W związku z tym mamy więcej tych receptorów, możemy wychwycić więcej cho-

lesterolu LDL i więcej go zmetabolizować – tłumaczył ekspert.

Jak zauważył prof. Jarosław Kaźmierczak, obecnie w leczeniu hipercholesterolemii nie mówi się o obowiązujących normach, ale o docelowych, pożądanach wartościach stężenia cholesterolu dla danej grupy pacjentów. – Inne są wartości pożądane w przypadku osób młodych, bez innych schorzeń, w szczególności sercowo-naczyniowych, a inne w przypadku tych, które już chorują. Uwzględniany jest również rodzaj choroby i jej zaawansowanie. Docelowe stężenia cały czas są obniżane. Wynika to z ewidentnych dowodów naukowych, że obniżanie stężenia cholesterolu jest korzystne w prewencji chorób sercowo-naczyniowych – przypomniał ekspert.

Profesor Przemysław Mitkowski podkreślił, że można przewidywać skuteczność zastosowanego leczenia w zależności od wyjściowego stężenia cholesterolu LDL i wartości docelowych, które chce się osiągnąć. – Na przykład standardowa terapia wysokimi dawkami statyn w połączeniu z ezetymibem może obniżyć wyjściowe wartości LDL maksymalnie o 60–65 proc. Inhibitory PCSK9 są skuteczniejsze, podobnie jak nowy lek – inkilisiran, który czeka na wejście do programu B.101. To bardzo ciekawy lek o nieco innym mechanizmie działania, ale też interferujący z białkiem PCSK9, który pozwala obniżyć stężenie cholesterolu LDL o 85 proc. To bardzo dużo. To oznacza, że w przypadku miażdżycowej choroby układu sercowo-naczyniowego, która nie jest związana z hipercholesterolemią rodzinną, w zasadzie możemy osiągnąć wartości docelowe – wyjaśnił prezes PTK.

– Dzięki inklisiranowi nawet u pacjentów z objawową chorobą niedokrwinną serca

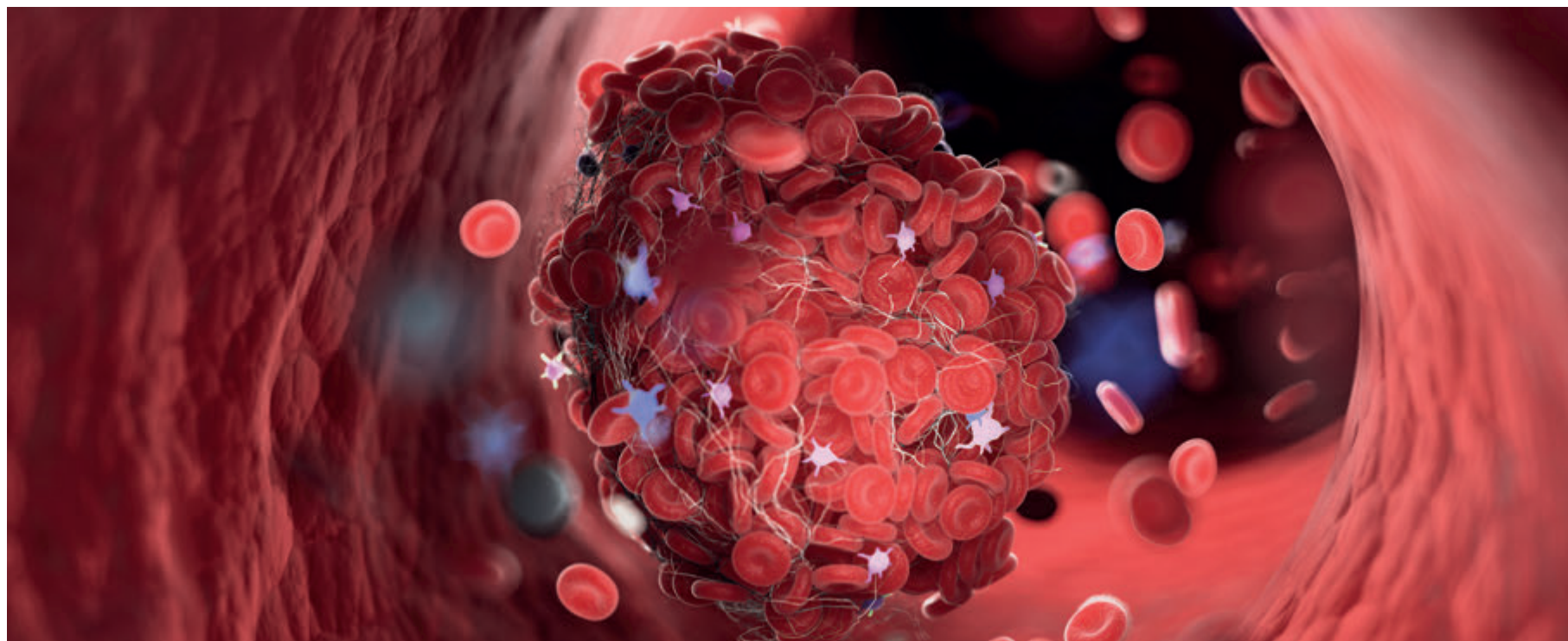
(jeszcze bez drugiego incydentu sercowo-naczyniowego) możliwe jest osiągnięcie docelowej wartości cholesterolu LDL – 55 mg/dl. Obecnie w tej grupie średnia wartość cholesterolu LDL jest ponad dwukrotnie wyższa. Dlatego tak ważna jest dostępność nowych leków obniżających stężenie cholesterolu LDL dla chorych, u których nie osiągamy celów terapeutycznych – przekonywał prof. Przemysław Mitkowski.

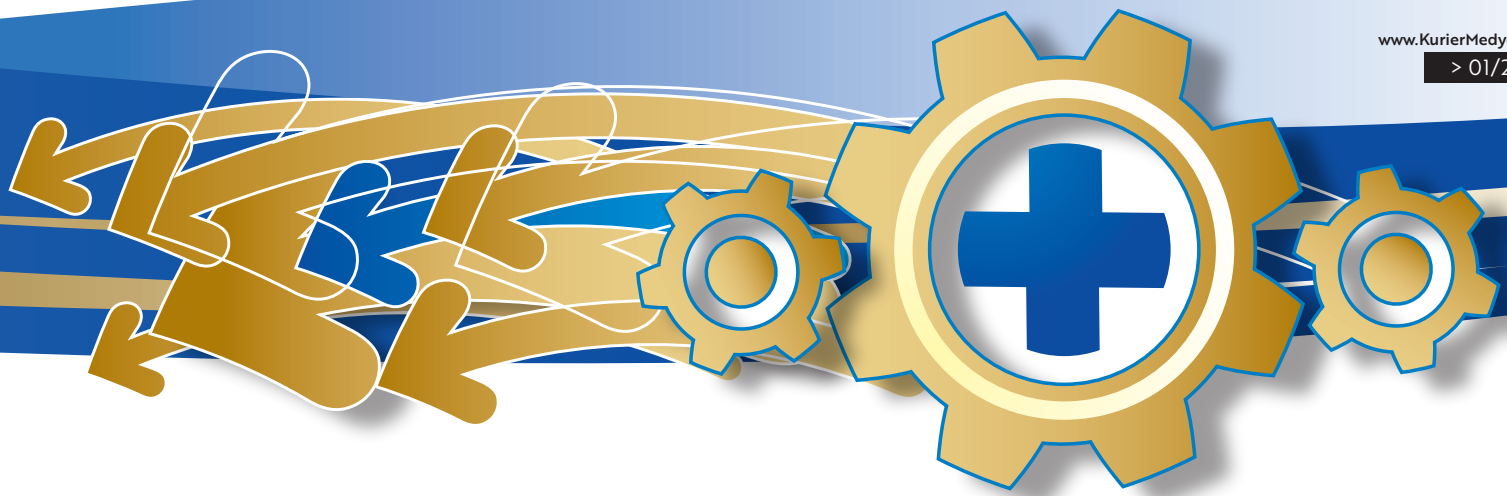
Profesor Piotr Dobrowolski zwrócił uwagę na jeszcze jedną ważną cechę inklisiranu. – Medycyna będzie dążyć do tego, żeby jak najrzadziej podawać chorym leki, a inklisiran stosuje się raz na pół roku. To zdecydowanie wpłynie na compliance – zauważył.

## Polskie wytyczne z 2021 r. uwzględniają najnowszy lek hipolipemizujący

Jeden z autorów najnowszych rodzimych wytycznych lipidologicznych prof. Piotr Dobrowolski przypomniał aktualny algorytm postępowania w celu obniżenia stężenia cholesterolu.

– Ten algorytm można zawrzeć w jednym zdaniu: im niższe stężenie cholesterolu, tym lepiej. Dla dobra pacjenta. Lekami pierwszego wyboru są niezmiennie statyny. Jeśli ich zastosowanie nie pozwala na osiągnięcie docelowych wartości, dołączamy ezetymib. Dzięki niemu możemy u dużego odsetka pacjentów uzyskać docelowe wartości stężenia cholesterolu LDL lub bardzo się do nich przybliżyć. W grupach ekstremalnego ryzyka i u pacjentów z wrodzonymi defektami, np. hipercholesterolemią rodzinną czy zaburzeniami genetycznymi lipoproteiny A, za pomocą statyny i ezetymibu nie osiągniemy celów – musimy





dodać nowoczesne, inteligentne leki, o których mówił prof. Mitkowski. Pozwolą one na dalsze obniżenie stężenia cholesterolu LDL. Podkreślę, że włączając leczenie inhibitorami PCSK9 czy inkłisiranem, nigdy nie zapominamy o statynie. Ona jest podstawą. Nierzadko po otrzymaniu nowego leku hipolipemizującego pacjenci przestają przyjmować statynę i ezetymib. I co się dzieje? Obniżamy stężenie cholesterolu LDL o 50–60 proc., ale to nadal za mało i nie osiągamy celów terapeutycznych – wyjaśnił ekspert.

Zapytany o różnice między wytycznymi polskimi a wytycznymi European Society of Cardiology z 2019 r. prof. Piotr Dobrowolski odpowiedział: – *Przed wszystkim nasze wytyczne są 2 lata młodsze od europejskich. Uwzględniają zatem badania, które ukazały się w tym czasie. Wytyczne europejskie nie uwzględniają inkłisiranu. Teraz mamy badania potwierdzające jego skuteczność w wielu grupach pacjentów, jak również bezpieczeństwo stosowania. Na tej podstawie wytyczne Polskiego Towarzystwa Lipidologicznego i pięciu innych towarzystw naukowych wskazują ten lek jako równorzędny z inhibitorami PCSK9.*

### Blaski i cienie programu B.101

Eksperti podsumowali funkcjonowanie programu B.101, czyli leczenia inhibitorami PCSK9 pacjentów z zaburzeniami lipidowymi. Na koniec czerwca 2021 r. uczestniczyło w nim zaledwie 153 chorych. Większość z hipercholesterolemią rodzinną, trzydziestu kilku z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym. Założenia były takie, że do programu rocznie będzie włączanych 2–4 tys. pacjentów z hipercholesterolemią rodzinną i 2 tys. z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym. Dlaczego program B.101 nie jest należycie wykorzystywany?

– *Program lekowy B.101 składa się z dwóch części. Pierwsza działa już trzeci rok i obejmuje pacjentów z hipercholesterolemią rodzinną. Szacunki były takie, że rocznie może być włączonych 2–4 tys. chorych. Z badań statystycznych wiemy, że w Polsce żyje 60–70 tys. osób z hipercholesterolemią rodzinną, ale zdiagnozowanych jest tylko 3,5–4 tys. Już to ogranicza grupę chorych, którzy mogliby korzystać z programu. Ośrodków prowadzących program B.101 w ramieniu hipercholesterolemii rodzinnej jest ok. 30, czyli średnio dwa w województwie. To zdecydowanie za mało, ponieważ nie może być tak, że pacjent musi jeździć 100–200 km, aby się dostać do programu. Ten program musi być realizowany w większej liczbie ośrodków, o co wnioskujemy do Ministerstwa Zdrowia. Mamy już pozytywną odpowiedź na nasze wnioski. Otrzymałoby pismo od wiceministra z prośbą o uzasadnienie celowości rozszerzenia programu o kolejne ośrodki – wyjaśniał*

prof. Jarosław Kaźmierczak. – *Według mojej wiedzy w ciągu ostatnich 3–4 miesięcy ponad 10 ośrodków złożyło wnioski do regionalnych oddziałów NFZ o możliwość wdrożenia tego programu, większość z nich dostała odmowę. Uważam, że program B.101 powinien być realizowany w co najmniej 50 placówkach – w każdym większym szpitalu, a nawet w poradniach kardiologicznych, niekoniecznie przyszpitalnych – dodał.*

Drużga część programu działa od mniej więcej półtora roku. Jest przeznaczona dla pacjentów z bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym. W tym przypadku obowiązują wyśrubowane kryteria kwalifikacyjne. Aby wejść do programu, pacjent musi mieć za sobą dwa incydenty sercowo-naczyniowe, w tym jeden zawał serca. Wyliczenia pokazały, że chorych spełniających te kryteria jest w Polsce rocznie 1–2 tys.

Konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii zauważył, że nigdy nie dzieje się tak, że od początku funkcjonowania jakiegokolwiek programu włącza się do niego wszystkich chorych spełniających kryteria. – *Ci pacjenci są rozsiani po całym kraju, a ośrodków mamy tylko nieco ponad 30, więc dostępność jest mała. Uważam, że chorzy do drugiego ramienia programu powinni być kwalifikowani w ośrodkach, w których leczono ich z powodu zawału serca, bo podstawowym kryterium włączenia jest zawał. W programie KOS-zawał, stworzonym dla tych chorych, uczestniczą obecnie 82 ośrodki, czyli dużo. To one powinny prowadzić program leczenia hipercholesterolemii – wyraził swój pogląd prof. Jarosław Kaźmierczak.*

– *Nie do końca się zgadzam, że większa liczba ośrodków oznacza lepszą rekrutację do programu B.101. Teraz jest w nim ponad 30 ośrodków, a są wśród nich takie, które nie włączyły żadnego chorego. Ja w ubiegłym roku włączyłem w swojej poradni 26 chorych. Myślę, że problemem jest diagnostyka hipercholesterolemii rodzinnej – choćby bardzo ograniczony dostęp do badań genetycznych, a niektórzy pacjenci muszą je wykonać, żeby dostać się do programu. Bardzo dobrze się stało, że zostały obniżone wartości cholesterolu LDL, od których możemy włączyć chorego. Teraz możemy to zrobić przy stężeniu cholesterolu LDL 100 mg/dl. Przy zaporowych 160 mg/dl nie włączaliśmy praktycznie nikogo. Pozostała kwestia diagnostyki genetycznej, żeby potwierdzić hipercholesterolemię rodzinną u osób, które nie spełniają kryteriów klinicznych jej rozpoznania – skomentował prof. Piotr Dobrowolski.*

Zdaniem prof. Przemysława Mitkowskiego w przypadku hipercholesterolemii rodzinnej liczba ośrodków jest wystarczająca. – *Według mnie największym błędem organizacyjnym tego programu jest to, że ośrodki były kwalifikowane tylko na podstawie możliwości opieki*



Fot. Termedia / Patryk Rydzik



Fot. Termedia / Patryk Rydzik

”

prof. Jarosław Kaźmierczak: Chorzy nie są diagnozowani, ponieważ nie wykonują badań profilaktycznych i kontrolnych. Hipercholesterolemia nie boli, a skoro nie boli, chory nie czuje potrzeby diagnostyki i leczenia. Sami lekarze, i to w niemałym odsetku, podchodzą lekceważąco do hipercholesterolemii

*nad grupą pacjentów z hipercholesterolemią rodzinną. Chorzy z wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym zostali do niego jakby dorzuceni. Dlatego jestem za zwiększeniem liczby ośrodków w tym drugim ramieniu programu. Wyobraźmy sobie chorego po zawale. Zwykle jest to osoba w wieku 60 lat i więcej. Najczęściej w pewnym momencie rozwija się u niej niewydolność serca. Ta osoba jest pod opieką ośrodka, który leczył ją po zawale. Żeby została zakwalifikowana do B.101, a potem była leczona, musi jechać do kolejnego ośrodka będącego w programie. Lepiej połączyć jedno z drugim. Wydaje nam się, że to jest najprostsza rzecz, jaką może zrobić Ministerstwo Zdrowia, aby szybko uzupełnić luki w programie – powiedział prezes PTK. Kolejna kwestia poruszona przez prof. Przemysława Mitkowskiego to sytuacja, kiedy chory po zawale serca czeka rok na badanie cholesterolu. Musi je mieć przeprowadzone w ciągu miesiąca do trzech. – Pamiętajmy, że jeżeli minie rok i jeden dzień od zawału, to nie można już włączyć chorego do programu B.101. To bardzo istotna kwestia, do uzupeł-*

”

Agnieszka Wołczenko: Lekceważymy swoje dolegliwości, nie przywiązujemy do nich wagi. Nawet jeśli lekarz nam sygnalizuje, że mamy zbyt wysokie stężenie cholesterolu, że należy zastosować odpowiednią dietę, zmienić styl życia, bagatelizujemy to

*nienia od razu. Myślę, że warto byłoby też wprowadzić kryteria premiujące. Jeżeli chory po 12 miesiącach opieki w programie KOS-zawał osiąga cele terapeutyczne dotyczące cholesterolu LDL, to za takiego pacjenta ośrodek powinien dostać premię. To też można wprowadzić od razu – radził prof. Przemysław Mitkowski.*

– *Warto też pomyśleć o tym, żeby kryteria włączenia do programu B.101 były mniej skomplikowane, żeby chory mógł do niego trafić w ciągu 2 lat od zawału, bo wiemy, że w tym okresie możemy mu jeszcze pomóc. Być może u chorych po zawale warto rozważyć dalsze obniżenie granicznego cholesterolu LDL do 70 mg/dl. Pamiętajmy, że docelowa wartość to 55 mg/dl. Jeżeli wyniki chorego mieszczą się w przedziale 70–100 mg/dl, a jest spora grupa takich chorych, możliwość zastosowania w ramach programu inhibitora PCSK9 czy – mam nadzieję – wkrótce również inkłisiranu pozwoliłaby na zejście poniżej granicy 55 mg/dl. Możemy to wprowadzić dla ulepszenia programu B.101. Niestety nie jest to proste, ponieważ wymaga oceny całego*

# PRIORYTETY W OCHRONIE ZDROWIA 2022

projektu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji – dodał ekspert.

– Podpisuję się pod tym, co powiedział prof. Mitkowski. Kompatybilność programu lekowego dotyczącego hipercholesterolemii i programu KOS-zawał byłaby idealnym rozwiązaniem. Zwykle chorzy po zawałach zbyt rzadko mają kontrolowane stężenie cholesterolu. Ja jako świadomy pacjent staram się tego pilnować. I mówię o tym głośno, edukuję innych. My pacjenci mamy to do siebie, że jeśli uda nam się przeżyć pierwszy rok po zawałach w miarę dobrym zdrowiu, dochodzimy do wniosku, że nie musimy się badać, nie musimy się dobrze odżywiać, nie musimy słuchać lekarza i przyjmować leków. Percepcja ponownie się zmienia, gdy zawał serca dotknie bliską nam osobę albo ponownie nas samych – skomentowała Agnieszka Wołczyńska.

## Chory musi czuć wsparcie personelu medycznego

Czy osoby z wysokim stężeniem cholesterolu mają odpowiednie miejsce w systemie opieki zdrowotnej?

– Myślę, że chorzy z hipercholesterolemią są trochę pomijani przez nasz system ochrony zdrowia. Jest za mało ośrodków, które się nimi zajmują, nie mamy refundowanych najnowszych leków – odpowiedziała przedstawicielka środowiska pacjentów kardiologicznych Agnieszka Wołczyńska.

Teoretycznie osoby ze schorzeniami kardiologicznymi czy naczyniowymi są widoczne w systemie, ale w praktyce wygląda to zupełnie inaczej. Brakuje dostępu do prawidłowej diagnostyki, teraz dodatkowo przesuwane są terminy leczenia, zabiegów. Okres pandemiczny uwydatnił wszystkie problemy w obszarze kardiologii. Pacjent z hipercholesterolemią, w ogóle z podwyższonym cholesterolem, potencjalnie będzie generował koszty, będzie potrzebował szybkiej diagnostyki, dobrej, koordynowanej opieki, odpowiedniego leczenia, indywidualnego dobrania farmakoterapii. Chory musi czuć, że ma wsparcie wśród personelu medycznego, nie tylko lekarzy, i że w razie potrzeby, wątpliwości zawsze może się do nich zwrócić. Będzie go to mobilizowało do przestrzegania zaleceń dotyczących farmakoterapii.

## Szczególnie ważna jest edukacja – społeczeństwa i medyków

Eksperti zastanawiali się, co jeszcze – poza regulacjami systemowymi i szerszym dostępem do nowoczesnej farmakoterapii – jest potrzebne do lepszej kontroli hipercholesterolemii.

– Mamy problem z kontrolą hipercholesterolemii, ponieważ po pierwsze nie wierzymy, że możemy ją mieć. Jeśli ją mamy, to wydajemy nam się, że jest to zjawisko przejściowe. Kie-

dy leczymy, to udajemy, że leczymy, bo nie osiągamy celów terapeutycznych, a zmotywowani jesteśmy słabo. Niektórzy pacjenci wierzą, że hipercholesterolemię można wyleczyć. Tak, można, ale tylko wtedy, gdy ma się marskość wątroby i wątroba nie produkuje cholesterolu. Hipercholesterolemia to choroba przewlekła, nawet nie choroba, ale czynnik ryzyka sercowo-naczyniowego, który trzeba modyfikować i eliminować do końca życia – skomentował prof. Przemysław Mitkowski.

– Nie wyleczymy hipercholesterolemii bez modyfikacji stylu życia, ale trzeba wiedzieć, że samą modyfikacją stylu życia – kontrolą masy ciała, codzienną aktywnością fizyczną – jesteśmy w stanie obniżyć stężenie cholesterolu maksymalnie o 15–20 proc. Zwłaszcza u osób z bardzo wysokim stężeniem cholesterolu LDL sama dieta nie pomoże. Oczywiście nawyki żywieniowe są bardzo ważne. Pamiętajmy jednak, że jeśli już rozpoznajemy hipercholesterolemię czy w ogóle podwyższone stężenie cholesterolu, nie możemy zająć się wyłącznie redukcją masy ciała czy odpowiednią dietą. U pacjentów, o których mówiliśmy, niezbędne będzie leczenie farmakologiczne – stwierdził prof. Piotr Dobrowolski. Profesor Jarosław Kaźmierczak zwrócił uwagę na rolę edukacji społeczeństwa, ale również personelu medycznego. – Edukacja zdrowotna powinna być prowadzona od szkoły podstawowej przez szkołę średnią i dalej, przez całe życie. Lekarze muszą znać najnowsze zalecenia i przede wszystkim wprowadzać je do swojej praktyki. Tymczasem mamy medyków negujących zasadność przyjmowania statyn. Czasami myślę, że może należałoby zastosować jakieś drastyczniejsze metody wobec lekarzy, którzy nie stosują aktualnej wiedzy medycznej, co jest obowiązkiem każdego lekarza – powiedział konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii.

## Tykająca bomba

W założeniach Krajowej Sieci Kardiologicznej zaburzenia lipidowe nie zostały uwzględnione. Może w takim razie potrzebny jest narodowy program wczesnego wykrywania i leczenia hipercholesterolemii?

– Jak najbardziej, coś takiego powinno powstać, ponieważ hipercholesterolemia jest olbrzymim problemem. Dotyczy 60 proc. dorosłych Polaków, czyli ok. 18 mln ludzi. Hipercholesterolemia jest taką tykającą bombą, która wybuchnie za 10, 15, 20 lat. Jeśli nic z tym nie zrobimy, to będziemy mieli zalew udarów mózgu, zawałów serca, amputacji kończyn. Do tego dołożą się inne popularne w naszym społeczeństwie czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego: cukrzyca, nadwaga, złe odżywianie, nadciśnienie tętnicze. Nadciśnienie ma 12–13 mln Po-



Fot. Termedia / Patryk Rydzik

”

prof. Piotr Dobrowolski:

W grupie pacjentów bardzo wysokiego ryzyka, którzy mają już choroby sercowo-naczyniowe w bardzo młodym wieku przy prawidłowym bądź nieco podwyższonym stężeniu cholesterolu całkowitego i frakcji LDL, powinniśmy pomyśleć o oznaczeniu stężenia lipoproteiny (a) oraz apolipoproteiny B

laków. Z kontrolą nadciśnienia jest nieco lepiej niż w przypadku hipercholesterolemii, bo nadciśnienie czasami boli. Do tego chorzy trochę się przestraszają, kiedy zobaczą na ciśnieniomierzu 180 mm Hg. Nie ma też takiego przekonania o rzekomej szkodliwości leków hipotensyjnych jak w przypadku statyn. Dostępne są bardzo skuteczne preparaty złożone, które pozwalają na leczenie pacjenta jedną tabletką. Możemy dzięki nim „przemycić” statynę u pacjenta z nadciśnieniem, stosując preparat złożony, który ma ją w swoim składzie – mówił prof. Jarosław Kaźmierczak.

Profesor Piotr Dobrowolski przypomniał, że statyny są stosowane od ponad 40 lat i rzadko która cząsteczka w medycynie została tak dobrze przebadana. – Są to leki o szeroko udokumentowanym działaniu obniżającym ryzyko sercowo-naczyniowe, zmniejszającym liczbę udarów mózgu i zawałów serca. Myślę, że środowisko medyczne i środowisko pacjentów powinny to podkreślać i przeciwstawiać się wszystkim



Fot. Termedia / Patryk Rydzik

”

prof. Przemysław Mitkowski:

Cholesterol nie działa tylko tu i teraz. Musimy uwzględnić wpływ skumulowanej dawki tego czynnika ryzyka na naczynia

osobom, które w przestrzeni publicznej szerzą bzdury na temat statyn. Prowadząc w NIKard poradnię zaburzeń lipidowych, bardzo często słyszę od pacjenta: „wezmę wszystko, tylko proszę mi nie przepisywać statyn”. W takich sytuacjach nasza rola, lekarzy, praktycznie się kończy. Możemy przepisać takiemu choremu ezetymib, ale zapewnimy wtedy obniżenie stężenia cholesterolu o 15–17 proc. I co dalej z takim chorym, jeżeli nie spełnia kryteriów programu B.101? – pytał.

W podsumowaniu dyskusji eksperci podkreślali znaczenie szeroko rozumianej profilaktyki, ponieważ jest to najtańszy sposób dbania o zdrowie. Mówili, że skoro hipercholesterolemia nierzadko jest bagatelizowana, trzeba budować świadomość jej konsekwencji. Istnieje ogromna potrzeba edukowania społeczeństwa, ale też lekarzy. Medycy powinni znać i stosować najnowsze wytyczne, ale też przekonać się do statyn, leków niezwykle skutecznych i bezpiecznych. ■