

Iwona Kazimierska

Cholesterol nie-HDL ważniejszy niż LDL

amlodypiną nie tylko było bardziej skuteczne hipotensyjnie w porównaniu z każdym z tych leków stosowanych osobno, lecz także zapobiegało rozwojowi powikłań narządowych i nadciśnienia tętniczego opornego. Skojarzenie tych dwóch leków, zwłaszcza w postaci preparatu złożonego, przyczynia się do zmniejszenia ryzyka sercowo-naczyniowego.

Jak stopniować terapię

Zgodnie z zaleceniami w drugim kroku leczenia nadciśnienia należy zastosować jednocześnie leki z wszystkich trzech grup wymienionych w kroku pierwszym. Problem zaczyna się w kroku trzecim, kiedy trzeba przełamać oporność. Spironolakton został uwzględniony z nazwy w wytycznych jako czwarty lek z wyboru do przełamania oporności. Powodem było badanie PATHWAY-2, w którym porównano skuteczność trzech grup leków w terapii nadciśnienia tętniczego opornego: β -blokerów, α -blokerów i blokerów receptora mineralokortykoidowego. Okazało się, że spironolakton w długoterminowym leczeniu ma największą skuteczność hipotensyjną. Z tego powodu został on zarekomendowany w wytycznych europejskich z 2018 r. Nie można zapominać o pewnych ograniczeniach w jego stosowaniu. Poza brakiem tolerancji i wystąpieniem działań niepożądanych jest to obniżanie się przesączania kłębuszkowego poniżej 45 ml/min i tendencja do wyższego stężenia potasu – powyżej 4,5 mmol/l.

Profesor Andrzej Januszewicz przypomina, że spironolakton poza skutecznością hipotensyjną w nadciśnieniu opornym przez blokowanie oddziaływania aldosteronu może również pozytywnie wpływać na już istniejące zmiany naczyniowe. – Z eplerenonem jest pewna trudność, bo on nie jest zarejestrowany w Unii Europejskiej do leczenia nadciśnienia tętniczego, w tym opornego. Jest trochę słabszy hipotensyjnie od spironolaktonu, ale lepiej tolerowany, jednak trzeba go przyjmować dwa razy dziennie. Jeżeli nie możemy z jakichś względów zastosować spironolaktonu, można sięgnąć po klonidynę, β -bloker lub diuretyk pętlowy – wyjaśnia.

Nowości w leczeniu nadciśnienia trudnego w terapii

Finerenon jest nowej generacji antagonistą receptora mineralokortykoidowego. Według prof. Andrzeja Januszewicza to bardzo ciekawy lek, ale niestety okazał się słaby hipotensyjnie. Obniża ciśnienie skurczowe i rozkurczowe zaledwie o kilka milimetrów słupa rtęci.

– Mamy coraz rzetelniejsze dowody, że zabieg denewracji nerek i tętnic nerkowych pozwala uzyskać dodatkowy efekt hipotensyjny w nadciśnieniu tętniczym opornym. Jest też coraz więcej danych potwierdzających, że chirurgia bariatryczna poprawia rokowanie chorego również w kontekście leczenia nadciśnienia tętniczego – mówi ekspert. ■

Nowa definicja zespołu metabolicznego wprowadza nowe parametry lipidowe, które stały się obowiązującymi kryteriami diagnostycznymi w świecie kardiologii. Jest to przede wszystkim cholesterol nie-HDL.

Dlaczego właśnie cholesterol nie-HDL jest tak ważnym elementem oceny zespołu metabolicznego i jego rozpoznania oraz oceny ryzyka sercowo-naczyniowego w jego przebiegu?

– Są badania, które pokazują, że można mieć stężenie cholesterolu LDL poniżej 100 mg/dl, a ryzyko sercowo-naczyniowe będzie zależało od tego, jaki jest cholesterol nie-HDL. Z tego powodu, że istnieje silniejsza korelacja między cholesterolem nie-HDL a ryzykiem zdarzeń sercowo-naczyniowych niż w przypadku stężenia cholesterolu całkowitego czy też frakcji LDL. Cholesterol nie-HDL lepiej obrazuje to ryzyko w cukrzycy i w ogóle w zaburzeniach metabolicznych – wyjaśnia prof. dr hab. n. med. Piotr Dobrowolski.

Cholesterol nie-HDL to suma wszystkich aterogennych cząsteczek w obrębie lipidogramu: VLDL, IDL i LDL, a także lipoproteiny (a). Jego wartość oblicza się, odejmując od stężenia cholesterolu całkowitego stężenie cholesterolu HDL.



Fot. Archiwum Termedia



Teksty powstały na podstawie wykładów wygłoszonych podczas VII Warszawskich Dni Nadciśnienia Tętniczego (Warszawa, 1 października 2022 r., organizator wydawnictwo Termedia).

Fot. Depositphotos