

Opracował Krystian LURKA

Profesor Krzysztof J. Filipiak o najnowszych wytycznych postępowania w dyslipidemii



fot. PAP / Tomasz Gzell

Nowe wytyczne ESC/EAS dotyczące postępowania w dyslipidemii z 2019 r. przyniosły wiele istotnych zmian.

Nadal obniżamy docelowe stężenia cholesterolu LDL, szczególnie w grupach bardzo wysokiego ryzyka. Stosujemy maksymalne tolerowane dawki statyn, sięgamy po statyny skutecznie obniżające stężenie cholesterolu LDL (*potent statins* – atorwastatyna, rosuwastatyna), pamiętamy o dodaniu ezetimibu, preparatach złożonych zawierających statynę i ezetimib oraz o konieczności zastosowania inhibitorów PCSK9 w następnym etapie leczenia. Nawet gdy są one niedostępne ze względu na koszty, w świetle nowych wytycznych lekarz musi poinformować pacjenta o konieczności ich stosowania i ewentualnie odnotować w dokumentacji lekarskiej rezygnację chorego z zakupu tych leków z przyczyn ekonomicznych. W przypadku współistnienia dyslipidemii aterosclerogenicznej będziemy wracać do kwasów omega-3 i nadal stosować dodatkowo fibraty. – *Mamy więc zielone światło do jak najszerszej skojarzonej terapii hipolipemizującej* – podsumował prof. dr hab. n. med. Krzysztof J. Filipiak z I Katedry i Kliniki Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Zmiany

Osoby, które nie śledzą na co dzień doniesień naukowych z tego obszaru, mogą być zaskoczone niskimi docelowymi wartościami cholesterolu LDL. Pojawia się naturalne pytanie, czy jest jakaś dolna granica, której u osoby dorosłej nie powinniśmy przekraczać. – *Przeprowadzone dotych-*

czas badania kliniczne nie wskazały takiej wartości. Wydaje się, że u osób z bardzo wysokim czy ekstremalnie wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym obowiązuje zasada the lower, the better – im niżej, tym lepiej, chociaż musimy mieć dane z wieloletnich obserwacji, czy utrzymywanie ekstremalnie niskich stężeń cholesterolu LDL jest bezpieczne i nie wiąże się z ryzykiem działań niepożądanych – odpowiedział ekspert.

Przed przystąpieniem do leczenia zaburzeń lipidowych w praktyce klinicznej wykonuje się pełne badanie profilu lipidowego. W tym zakresie też zaszły zmiany: do tradycyjnych wyników, które powinno dostarczyć lekarzowi laboratorium (cholesterol całkowity, cholesterol LDL, cholesterol HDL, triglicerydy, cholesterol nie-HDL – wartość wyliczana poprzez odjęcie od cholesterolu całkowitego stężenia cholesterolu HDL), szóstym parametrem każdego lipidogramu powinna być apolipoproteina B.

Cele dotyczące cholesterolu LDL

U pacjentów z bardzo dużym ryzykiem sercowo-naczyniowym należy obniżyć stężenie cholesterolu LDL poniżej 55 mg/dl, u pacjentów z dużym ryzykiem sercowo-naczyniowym poniżej 70 mg/dl, a u pacjentów z umiarkowanym ryzykiem sercowo-naczyniowym poniżej 100 mg/dl. U pacjentów z niskim ryzykiem sercowo-naczyniowym docelowe stężenie cholesterolu LDL wynosi poniżej 115 mg/dl. ■

XIV MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA



HOSPITAL & HEALTHCARE MANAGEMENT

WARSZAWA, 28–29 maja 2020 r.



MIEJSCE

Warszawa

TERMIN

28–29 maja 2020 r.

DYREKTOR PROGRAMOWY

Jarostaw J. Fedorowski,
prof. nadzw. MD, PhD, MBA, FACP, FESC

ORGANIZATOR LOGISTYCZNY I MERYTORYCZNY

Wydawnictwo Termedia

TERMEDIA

WSPÓŁPRACA

Polska Federacja Szpitali



PATRONAT MEDIALNY



INFORMACJE O REJESTRACJI ORAZ PŁATNOŚCIACH

Dział obsługi klienta
tel./faks +48 61 656 22 00
szkolenia@termedia.pl

BIURO ORGANIZACYJNE

Wydawnictwo Termedia | ul. Kleeberga 2 | 61-615 Poznań
tel./faks +48 61 656 22 00 | szkolenia@termedia.pl | www.termedia.pl