

DOPORUČENÍ PRO LÉČBU DYSLIPIDEMIE

Z nově postulovaných cílových hodnot vyplývá, že hlavní doporučení pro léčbu se nese **ve znamení vysoké intenzity**. Základem léčby zůstávají statiny, konkrétně neúčinnější molekuly atorva- a rosuvastatin, které v maximálních dávkách samy vedou k poklesu LDL-C o 50 %. K dosažení léčebných cílů budeme však mnohem častěji používat kombinační léčbu s ezetimibem, který dostává v nových doporučeních nejvyšší třídu doporučení při druhé nejvyšší úrovni důkazů. Ani kombinace statinu s ezetimibem nebude dostatečná k dosažení cílových hodnot u velmi vysoce a vysoce rizikových. Logickým směrem eskalace léčby je zařazení inhibitoru PCSK9. Kombinace maximální dávky statinu s ezetimibem a PCSK9 inhibitorem nabízí možnost snížení LDL-C přibližně o 85 %, a dovoluje tak dosažení léčebného cíle u vysokého procenta nemocných. Na tomto místě připomeňme zcela zásadní rozdíl mezi odbornými doporučeními a podmínkami úhrady (10). Doporučené postupy shrnují současný stav poznání a na jeho základě formulují tvrzení pro použití léčebných intervencí v závislosti na klinickém kontextu. Podmínky úhrady stanovuje regulátor. Ten také bere v úvahu „důkazní materiál“ z klinických hodnocení i doporučení odborných společností, ale dalším důležitým kritériem pro formulaci úhradových podmínek jsou ekonomické parametry. V praxi proto podmínky úhrady představují podmnožinu skupin pacientů, pro které jsou dané léčebné intervence považovány za vhodné odbornými doporučeními.

V odstavcích doporučených postupů věnovaných léčbě najdeme i další skupiny léčiv pro **intervenci hypertriglyceridemie**. Fibráty nezměnily svou pozici a jejich místo nadále zůstává převážně v kombinaci se statinem u osob s trvající hypertriglyceridemií při zavedené léčbě statinem. S ohledem na nedávno publikovaná data o omega-3 mastných kyselinách ze studie REDUCE-IT guidelines uvádějí i možnost použití vysokých dávek těchto léčiv z indikace hypertriglyceridemie (11). Relativně velká část doporučení se věnuje novinkám v oblasti hypolipidemické farmakoterapie, která se nachází v různých fázích klinického výzkumného programu. Možnosti léčby se tak otevrou i pacientům, kteří v současné době netolerují žádnou dostupnou farmakologickou léčbu. Pro ostatní se rozšíří šance na dosažení ambiciózních léčebných cílů pomocí kombinačních farmakologických režimů. Aktuální možnosti hypolipidemické farmakoterapie schematicky uvádí obrázek 2.

DOPORUČENÍ PRO MANAGEMENT DYSLIPIDEMIÍ V PRAXI

Nejtěžší částí tvorby nových doporučených postupů zůstává jejich implementace do klinické praxe. Nová verze guidelines pro management dyslipidemií nepřinesla revoluci, ale přece jenom obsahuje řadu novinek a změn, s nimiž se budeme muset naučit pracovat. Některé novinky můžeme začít používat snadno a bezodkladně, jiné budou vyžadovat jejich začlenění do softwarových systémů či změnu spektra požadovaných laboratorních vyšetření. V každém případě nová doporučení vždy přivedou pozornost k tématu a shrnou aktuální poznatky z výzkumných laboratoří i klinického výzkumu do přehledu, který lze používat jako referenci. Tyto funkce doporučení ESC/EAS pro diagnostiku a léčbu poruch metabolismu plazmatických lipidů plní beze zbytku. Na nás tedy zbývá jejich přenesení do klinické praxe.

Podpořeno MZ ČR – RVO VFN6416.

LITERATURA

1. Mach F, Baigent C, Catapano AL et al. ESC Scientific Document Group. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J* 2019; pii: ehz455. doi: 10.1093/eurheartj/ehz455.
2. Vrablík M, Piřha J, Blaha V et al. Stanovisko výboru České společnosti pro aterosklerózu k doporučením ESC/EAS pro diagnostiku a léčbu dyslipidemií z roku 2019. *Atheroreview* 2019, 4(3): 126–137.
3. Soška V, Karásek D, Blaha V et al. Souhrn konsenzu EAS týkajícího se kauzálního vztahu mezi lipoproteiny o nízké hustotě a aterosklerotickými kardiovaskulárními onemocněními zpracovaný výborem České společnosti pro aterosklerózu. *Vnitř Lek.* 2019; 64(12): 1124–1128.
4. Vrablík M, Freiburger T, Blaha V, Soška V, ČEŠKA R. Souhrn konsenzu panelu expertů European Atherosclerosis Society k otázce diagnostiky a klinickému vedení nemocných s familiární hypercholesterolemí. *Hypertenze a KV prevence*, 2015, 4, p. 44–48.
5. Catapano AL, Graham I, De Backer J et al. 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias. *Eur Heart J* 2016; 37: 2999–3058.
6. Townsend N, Lauren Wilson I, Prachi Bhatnagar et al. Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update 2016. *European Heart Journal* (2016) 37, 3232–3245.
7. Bangalore S, Fayyad R, Kastelein JJ et al. 2013 Cholesterol Guidelines Revisited: Percent LDL Cholesterol Reduction or Attained LDL Cholesterol Level or Both for Prognosis? *Am J Med.* 2016 Apr; 129(4): 384–391.
8. Sabatine MS, Giugliano RP, Wiviott SD et al. Efficacy and safety of evolocumab in reducing lipids and cardiovascular events. *N Engl J Med* 2015; 372: 1500–1509.
9. Schwartz GG, Steg PG, Szarek M et al. Alirocumab and Cardiovascular Outcomes after Acute Coronary Syndrome. *N Engl J Med* 2018; 379: 2097–2107.
10. Češka R, Táborský M, Vrablík M. Společné stanovisko odborných společností k preskripci PCSK9 inhibitorů. *Vnitř Lek.* 2019; 64(12): 1131–1136.
11. Bhatt DL, Steg PG, Miller M et al; REDUCE-IT Investigators. Cardiovascular Risk Reduction with Icosapent Ethyl for Hypertriglyceridemia. *N Engl J Med.* 2019 Jan 3; 380(1): 11–22.