

Tab. 6. Cíle dílčích intervenovaných RF ASKVO, upraveno dle (6, 7)

Cílové hodnoty dílčích RF ASKVO	
Kouření	Vyvarovat se jakékoliv expozice tabáku
Dieta	Omezení nasycených živočišných tuků, preference celozrnných produktů (20–45 g vlákniny denně), dostatek zeleniny (> 200 g/den), ovoce (> 200 g/den) a ryb (alespoň 1× týdně), max. 100 g alkoholu týdně, < 5 g soli denně
Fyzická aktivita	6000–10000 kroků denně, ev. 150–300 minut pravidelné fyzické aktivity střední intenzity týdně, prevence sedavého způsobu života
Tělesná konstituce	BMI 20–25 kg/m ² , obvod pasu < 94 cm u mužů, < 80 cm u žen
TK	< 140/90 mm Hg, ev. < 130/80 mm Hg, pokud je tolerován
LDL-C (primární léčebný cíl), non-HDL-C, apoB (sekundární léčebné cíle)	<p>„Extrémní KV riziko“ (recidiva KV příhody do 2 let, pozn. autora – není uvedeno explicitně v doporučeních, pouze v české mutaci), cílové hodnoty mají být zváženy</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ LDL-C < 1,0 mmol/l ■ non-HDL-C < 1,8 mmol/l ■ apoB < 0,55 g/l <p>Velmi vysoké KV riziko</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ LDL-C < 1,4 mmol a současně redukce výchozích hodnot LDL-C alespoň o 50 % ■ non-HDL-C < 2,2 mmol/l ■ apoB < 0,65 g/l <p>Vysoké KV riziko</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ LDL-C < 1,8 mmol a současně redukce výchozích hodnot LDL-C alespoň o 50 % ■ non-HDL-C < 2,6 mmol/l ■ apoB < 0,8 g/l <p>Nízké-střední KV riziko</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ LDL-C < 2,6 mmol a současně redukce výchozích hodnot LDL-C alespoň o 50 % ■ non-HDL-C < 3,4 mmol/l ■ apoB < 1 mmol/l

BMI – body mass index, LDL-C – LDL-cholesterol, apoB – apolipoprotein B, non-HDL-C – non-HDL-cholesterol

(11–15,33). Možných vysvětlení je jistě celá řada, a to jak na straně pacienta, tak i lékaře. Nedosahování cílových hodnot LDL-C může být zapříčiněno obavami z podávání intenzivní hypolipidemické léčby, obavami z ne-

žádoucích účinků či prostou inercií, kdy není dávka hypolipidemik při nedostatečné kontrole DLP upravena, přestože je léčba dobře tolerována. Svou roli sehrává také pacient, jeho ochota řídit se pokyny lékaře a dlouhodobě užívat předepsanou medikaci. Je velmi dobře dokumentována klesající adherence k léčbě, a to nepřímo úměrně k délce trvání terapie. Non-adherence je dokonce považována dle některých pramenů za samostatný RF ASKVO. Zcela zásadní je v tomto ohledu důkladná edukace pacientů, řešení případných nežádoucích účinků podávané léčby a v neposlední řadě také využití fixní kombinační léčby (6, 7).

Jak postupovat u pacientů s těžkou HTG?

Jelikož se s těžkými HTG často setkáváme u pacientů s dekompenzací DM, abúzem alkoholu či dietními excesy, jsou zcela zásadní dietní (preferenčně opět tzv. středomořská dieta) a režimová opatření, tj. především zanechání kouření, abstinence alkoholu a pravidelná pohybová aktivita, kdy se ukazuje, že nejvyššího poklesu TG lze dosáhnout rezistentním, ale nikoliv aerobním, tréninkem (6, 7, 34, 35).

Farmakoterapii volby v prevenci vzniku akutní pankreatitidy je monoterapie fibrátem (v ČR především fenofibrátem), který má mimo jiné také zásadní vliv na postprandiální lipemii (36). U pacientů s nejtěžšími HTG fenotypy máme omezeně k dispozici v rámci lipidových center či specifických léčebných programů (resp. studií) také např. lomitapid, volanesorsen či evinakumab. Jednou z krajních léčebných modalit je také aferéza (6, 7).

Při léčbě těžké HTG je zcela zásadní také snaha o maximální kompenzaci přidružených komorbidit, zejména pak DM.

Jaký je současný pohled na léčbu fibráty?

Kromě výše zmíněné indikace monoterapie fibráty v prevenci akutní pankreatitidy má být tato léčba zvážena u pacientů s trvajícím HTG > 2,3 mmol/l i přes maximální dávku statinu (6). V klinické praxi lze fibráty využívat spíše jen u pacientů s DM, u nichž byl popsán ve studii ACCORD či FIELD pozitivní dopad jejich podávání na rozvoj, resp. progresi mikrovaskulárních komplikací DM, jakkoli výskyt komplikací makrovaskulárních nebyl v žádné ze studií terapií fibráty ovlivněn (36, 37).

Tab. 7. Přehled možností cílené léčby DLP, upraveno dle (26, 27, 31)

Preparát	Alirokumab, evolokumab	Inclisiran
Specializace	Centrová léčba – seznam viz www.athero.cz	INT, KAR, výhledově DIA
Indikace	Familiární hypercholesterolemie v primární prevenci – LDL-C > 3,1 mmol/l při maximální tolerované dávce statinu (musí být využit atorva- či rosuvastatin), ev. v kombinaci s ezetimibem (nemusí být nasazen vždy – viz text)	Familiární hypercholesterolemie v primární prevenci – LDL-C > 3,1 mmol/l při maximální tolerované dávce statinu (musí být využit atorva- či rosuvastatin), ev. v kombinaci s ezetimibem (nemusí být nasazen vždy – viz text)
	Sekundární prevence s LDL-C > 2,5 mmol/l při maximální tolerované dávce statinu (musí být využit atorva- či rosuvastatin) ev. v kombinaci s ezetimibem (nemusí být nasazen vždy – viz text)	Sekundární prevence u pacientů s familiární hypercholesterolemií a LDL-C > 2,5 mmol/l při maximální tolerované dávce statinu (musí být využit atorva- či rosuvastatin), ev. v kombinaci s ezetimibem (nemusí být nasazen vždy – viz text)
		Sekundární prevence s LDL-C > 2,0 mmol/l při maximální tolerované dávce statinu (musí být využit atorva- či rosuvastatin), ev. v kombinaci s ezetimibem (nemusí být nasazen vždy – viz text)
Aplikační schéma	Evolokumab - 140 mg s.c. à 14 dní Alirokumab 75 mg s.c. à 14 dní Alirokumab 150 mg s.c. à 14 dní, pokud je vstupní LDL-C > 60 % (> 3,5 mmol/l) od cíle Alirokumab 300 mg s.c. à 1 měsíc, pokud je vstupní LDL-C > 60 % (> 3,5 mmol/l) od cíle	Inclisiran – aplikace v čase: 0, 3 měsíce – „booster“, dále à 6 měsíců, aplikace vždy v rámci ambulance = 100 % adherence
Úhrada	Ve 24. týdnu léčby pokles vstupních hodnot LDL-C alespoň o 40 %	Ve 24. týdnu léčby pokles vstupních hodnot LDL-C alespoň o 40 %

LDL-C – LDL-cholesterol