

Úskalie liečby dyslipidemií

Z. Gombošová

Dyslipidémia je jedným z najväznejších rizikových faktorov kardiovaskulárnych ochorení. Preto tejto problematike venujeme veľkú pozornosť. História liečby dyslipidemií je relatívne dlhá, začala sa liečbou fibrátmi, pokračovala statínmi (svoje zastúpenie mala a má aj liečba živcami, kyselinou nikotínovou). V súčasnosti sa aktuálne preferuje v indikovaných prípadoch kombinovaná liečba. V našej praxi sa stretávame s prípadmi, keď výber a nastavenie liečby nie sú celkom jednoznačné. Tak sa dostávame k prípadom, kedy lege artis ordinovaná kombinovaná liečba neprináša očakávaný efekt.

Uvádzame prípad pacientky.

46-ročná pacientka prišla prvýkrát do našej ambulancie 25. 2. 2008.

V roku 2003 bola u pacientky zistená zmiešaná dyslipidémia: CCH: 7,5 mmol/l, TG: 4,97 mmol/l, HDL/LDL neboli stanovené. Začatá liečba: Zocor 40 mg denne, Lipanthyl 267 M 1 cps denne. Nakoľko efekt liečby nebol dostatočný (CCH: 7,2 mmol/l, TG: 3,95 mmol/l) od novembra 2003 pokračuje v liečbe Lescol XL 80 mg denne, Lipanthyl 267 M 2×1 cps. V máji 2005 vysadený statín, pacientka užíva len Lipanor 100 mg denne, kontrolné laboratórne parametre sú: CCH: 3,8 mmol/l, LDL: 1,69 mmol/l, TG: 1,35 mmol/l, HDL: 1,5 mmol/l.

Pacientka ďalej nechodila na kontroly, až 24. 8. 2007, vtedy znovu nasadená liečba, a to Lipanthyl 267 M 1 cps po obede, Torvacard 20 mg denne, na liečbe CCH: 7,35 mmol/l, TG: 5,08 mmol/l. Nebola zohľadnená predchádzajúca skúsenosť pozitívneho efektu monoterapie fibrátom.

Pri prvom vyšetrení v našej ambulancii je pacientka bez ťažkostí, udáva len redšiu stolicu pri diétnych chyboch.

Pre metrorágiu užíva Logest. Na srdce, na vysoký tlak sa dosiaľ neliečila.

Otec bol operovaný pre chlopňovú srdcovú chybu. Operácie nemala.

Fyzikálne vyšetrenie: BMI 27,8 kg/m², obvod pásu 89 cm, TK: 130/80 mmHg, p. prav. 70/min

Laboratórne a pomocné vyšetrenie: 15. 2. 2008 (pred zavedením liečby): CCH: 7,2 mmol/l, LDL: 3,79 mmol/l, TG: 9,47 mmol/l, HDL: 1,20 mmol/l.

SONO ACC, AV: zhrubnutý intimo-mediálny komplex. Echokardiografia: incipientná aortoskleróza, aortálna chlopňa sýtejšia. SONO hepatobiliárneho systému: steatóza heparu a lipomatóza pankreasu.

Pacientka začala užívať Lipanthyl 267 M 1 cps po obede, Torvacard 10 mg denne. Kontrolné laboratórne vyšetrenia sú nasledovné: CCH: 5,3 mmol/l, LDL: 2,70 mmol/l, TG: 10 mmol/l, HDL: 1,14 mmol/l, navyše CPK: 9,46 ukat/l.

Pacientke vysadená liečba a vykonaná kontrola lipidogramu s výsledkami: CCH: 5,0 mmol/l, LDL: 2,34 mmol/l, TG: 9,15 mmol/l, HDL: 0,88 mmol/l, hladina CPK 3,12 ukat/l umožňuje znovu-zavedenie liečby.

Od 21. 7. 2008 pacientke nasadená monoterapia Lipanthyl Supra 215 mg 1 cps poobede. Vzhľadom na predchádzajúcu eleváciu CPK kontrola vykonaná už 4. 8. 2008 s nasledovnými výsledkami: CCH: 4,2 mmol/l, LDL: 1,56 mmol/l, HDL: 1,42 mmol/l, CPK: 2,50 ukat/l.

Pacientka liečbu toleruje, v liečbe pokračuje. Je edukovaná o potrebe pravidelných kontrol, vrátane SONO ACC, AV, 2 DE vyšetrenia, SONO hepatobiliárneho systému a pankreasu.

Na základe uvedeného možno povedať, že u danej pacientky so zmiešanou dyslipidemiou kombinácia statín + fibrát nepriniesla žiaduci efekt. Navyše pri tejto liečbe sa neuplatnil ani efekt fibrátu. Po zavedení monoterapie fibrátom dochádza k evidentnej úprave lipidogra-

mu. Pri aterogénnej dyslipidémii je vhodné zvážiť kombináciu statín + fibrát a uprednostniť monoterapiu. Kombinovaná terapia statín + fibrát je podľa najnovších prístupov k riešeniu zmiešanej dyslipidémie bežná, ale u našej pacientky došlo práve na tejto liečbe k zhoršeniu parametrov lipidogramu oproti tým, ktoré boli stanovené v období bez liečby. U inej našej pacientky s rovnakou problematikou bežné genetické vyšetrenie neprinieslo odpoveď na otázku o profite kombináčnej liečby.

Preto je na mieste individuálny prístup k riešeniu dyslipidemií a v konkrétnych prípadoch nezotrávať na štandardných postupoch, ktoré môžu vystaviť pacienta vyššiemu KV riziku z neadekvátnej liečby. Ďalšou otázkou je sústavné sledovanie a liečba pacienta s dyslipidemiou. Na príklade danej pacientky vidíme, že aj napriek tomu, že diagnóza závažnej dyslipidémie bola stanovená ešte v roku 2003, liečba nebola kontinuálna, interné kontroly boli nepravidelné, zriedkavé, navyše u iného lekára, ktorý neprehodnocoval predchádzajúcu liečbu a pokračoval v kombinácii statín + fibrát bez efektu.

Len pri správnom zhodnotení adekvátnej liečby je možné znižovať kardiovaskulárne riziká našich pacientov.

Literatúra

1. Lipids and Lipid disorders, Michal D. Feher, Wiliam Richmond, 2001: 92 - 115.
2. Kardiologie 3., prepracované a doplnené vydanie Miloš Štefja a spol., 2007: 219 - 236.
3. Odporúčania pre optimálnu diagnostiku a liečbu dyslipoproteinemií u dospelých „Lipidový konsenzus-2“, Interná medicína 2003; 3(1): 10-18.

MUDr. Zlatica Gombošová

ŽOS Medika, s.r.o
Interná ambulancia – Vrútky