

# GONDOLATOK A TERÁPIÁS SIKER ELÉRÉSE ÉRDEKÉBEN

**A KARDIOVASZKULÁRIS RIZIKÓCSÖKKENTÉS EGYIK SARKALATOS PONTJA A LIPIDANYAGCSERE-ABNORMALITÁSOK KEZELÉSE. AZ ELMÚLT ÉVEKBEN E TÉREN HAZÁNKBAN JELENTŐS EREDMÉNYEKRŐL SZÁMOLHATTUNK BE, HISZEN A BETEGEK EGYRE NAGYOBB ARÁNYA ÉRI EL A KOLESZTERIN-CÉLÉRTÉKEKET. A MAGYAR ATHEROSCLEROSIS TÁRSASÁG SOPRONI KONGRESSZUSÁN A RICHTER ÁLTAL TÁMOGATOTT SZIMPÓZIUMON AZ ELŐADÓK KÜLÖNBÖZŐ NÉZŐPONTBÓL ELEMEZTÉK AZT, HOGY MILYEN TERÁPIÁS MÓDSZEREK SEGÍTSÉGÉVEL LEHET TOVÁBB NÖVELNI A JÓL KONTROLLÁLT BETEGEK ARÁNYÁT. AZ EGYIK LEHETSÉGES MÓD ERRE A ROSUVASTATIN (PL. XETER, RICHTER GEDEON NYRT.) ALKALMAZÁSA, AMELY MAI ISMERETEINK SZERINT A STATINOK KÖZÖTT A LEGHATÉKONYABB STATIN.**

A IV. Magyar Kardiovaszkuláris Konszenzus Konferencia ajánlása a lipidanyagcserében elérendő célértékek tekintetében a nagy nemzetközi ajánlásokkal összhangban került megállapításra. Ennek értelmében, ha életmód-változtatás után a lipoprotein/lipidértékek a célérték felett maradnak, akkor gyógyszeres kezeléssel való kiegészítés javasolt. Igen nagy kockázat, akut koronária-szindróma és stroke esetén a koleszterin értéktől függetlenül intenzív, hatékony statinkezelés javasolt. Mindez számokban kifejezve a hazai irányelv szerint azt jelenti, hogy nagy kardiovaszkuláris kockázatú betegek (kardiovaszkuláris betegségek, vagy diabétesz, vagy krónikus veseelégtelenség) esetében az LDL-koleszterin célértéke <2,5 mmol/l, igen nagy kockázatú betegeknél (kardiovaszkuláris betegség és diabétesz vagy „erős” dohányzás vagy metabolikus szindróma) pedig ez az érték <1,8 mmol/l.

## MIKOR? MIVEL? MENNYIRE?

A szimpóziium előadásain ezekre a kérdésekre sorakoztak a válaszok. A statinok a lipidcsökkentő terápia során kétségtelesen a leggyakrabban használt gyógyszerek. *Reiber István* gyakorló lipidológusként elmondta, hogy akut koronária-szindrómát követően arra kell törekedni, hogy a beteg mihamarabb, még kórházi körülmények között, de legkésőbb hazamenetelkor megkapja a statinterápiát. A koleszterin célértéke a beteg kardiovaszkuláris veszélyeztetettségétől, kockázati besorolásától függ. A klinikai vizsgálatokból származó eredmények alapján a hazai irányelv azt is rögzíti, a célértékek elérésének prioritása mellett kívánatos az LDL-koleszterinszint több mint 50%-os és 2 mmol/l alá történő csökkentése az ateroszklerózis regressziójának az eléréséhez. Az előadó szerint erre pillanatnyilag két lehetséges alternatíva van. A korábbi klinikai vizsgálatok elsősorban a nagy dózisu, 80 mg atorvastatinnról szóltak, ugyanakkor az elmúlt időszakban a rosuvastatin alkalmazása került – több szempontból is – előtérbe. Az előadó példaként a közelmúltban publikált CENTAURUS-vizsgálatot említette, amiben több hazai centrum is részt vett. Ebben a vizsgálatban a 80 mg atorvastatin dózis lipid/lipoprotein hatását vetették össze az azonnali vagy az akut koronária-szindróma után néhány nappal elkezdett 20 mg rosuvastatin hatásával. A randomizált, dupla vak vizsgálat eredményei szerint a 20 mg-os rosuvastatin terápia az összes vizsgált primer és szekunder végpontban egyenértékű volt a 80 mg atorvastatinnal, az LDL-

koleszterinszint csökkenése 1 hónappal és 3 hónappal az akut koronária-szindróma után is mindkét csoportban közel azonosan 50% volt. A 20 mg-os rosuvastatin betegcsoportban az apoB/apoA<sub>1</sub>-arány a kardiovaszkuláris esemény után 1 hónappal szignifikáns mértékben nagyobb arányban csökkent. Klinikai vizsgálatok metaanalízise azt is kimutatta, hogy 46%-os előnyt hozott, ha a beteg, statint már a beavatkozás (pl. PCI) előtt kapott. A lipidcsökkentő kezelés hatékonyabbá tétele érdekében a gyógyszerek kombinációja is megengedett. A rosuvastatin például jól kombinálható fibrátokkal vagy ezetimibbel is. Ezen kérdéskört fogja elemezni az ALLADIN-tanulmány.

*Tschürtz Nándor* arra a kérdésre, hogy ki az, akinek kardiovaszkuláris prevencióra van szüksége, előadásában a következőt válaszolta: „Ebből a szempontból én azt gondolom, hogy mindenkinek, és hogy mikortól, abban egészen radikális elgondolásom van. Nem a fogantatás pillanatától, hanem előbb.” Ezzel arra hívta fel a figyelmet, hogy ha valakinek a koronarogramja negatív, attól még bizony lehet koronáriabeteget. Saját tapasztalata szerint az, hogy kinek mutatható ki már betegség az ereiben, az nagyrészt a vizsgáló technikától függ. A hatékony lipidcsökkentő kezelés fontosságával kapcsolatban pedig azt a korábbi jól ismert tankönyvi adatot említette, hogy 1 mmol/l-es LDL-koleszterin-csökkenés az 21%-os kardiovaszkuláris kockázatcsökkenéssel jár.

## PRIMER ÉS SZEKUNDER PREVENCIÓ

A szimpóziium harmadik előadója *Császár Albert* professzor elmondta, hogy 250 olyan egyéb rizikófaktor van a klasszikus rizikófaktorok mellett, amelyeket folyamatosan analizálnak. Ezek egyike a C-reaktív protein. Az ateroszklerózis tüneteit nem mutató normál koleszterinszintű, de emelkedett hsCRP-szinttel rendelkező betegek körében végzett JUPITER-vizsgálatban azt találták, hogy az LDL-koleszterin és a hsCRP-szintjei szignifikánsan nagyobb mértékben csökkentek a rosuvastatin csoportban a placebo-csoporthoz képest és mind a major kardiovaszkuláris események, mind az összhalálozás is szignifikánsan csökkent mindössze 2 év alatt a rosuvastatin kezelés hatására. Ez a vizsgálat szolgál alapul annak, hogy a rosuvastatin ma már primer és szekunder prevencióban is hatékonyan alkalmazható az LDL-koleszterin célértékig való csökkentésében.

NA