



MUDr. Jan Piřha, CSc.
Institut klinické a experimentální
medicíny (IKEM) – vedoucí laboratoře
pro výzkum aterosklerózy

Současné pochyby o cholesterolu a cévních příhodách

statiny – došlo k poklesu ischemických mozkových příhod. Vzestup byl zaznamenán převážně v observačních studiích a týkal se hemoragických mozkových příhod. Biologickým/fyziologickým zdůvodněním byla možná větší fluidita buněčných membrán a větší zranitelnost/křehkost drobnějších tepen mozku při výrazně nižších hladinách cholesterolu. Nicméně v klinických studiích nebyla souvislost mezi léčbou statiny a hemoragickými mozkovými příhodami prokázána.

Jaká by měla být cílová hladina cholesterolu a krevního tlaku u pacienta po mozkové cévní příhodě?

Pokud se jedná o ischemickou cévní mozkovou příhodu aterosklerotického charakteru (tedy ne embolizační jako například při fibrilaci síní), snažíme se o snížení hlavní aterogenní složky – LDL cholesterolu – pod 2, ideálně pod 1,8 mmol/l a to i farmakologickými prostředky. Hodnoty krevního tlaku nejsou jasně určeny – nedoporučuje se příliš razantní snižování.

lu – pod 2, ideálně pod 1,8 mmol/l a to i farmakologickými prostředky. Hodnoty krevního tlaku nejsou jasně určeny – nedoporučuje se příliš razantní snižování.

Ideální tlak doporučený pacientům po ischemické mozkové příhodě se tedy příliš neliší od běžné populace: 130–140/80–90 mm Hg.

Pokud se jedná o hemoragickou příhodu je snaha o hodnoty nižší. Přístup je zde ale dosti individuální.

Přejdeme k farmakologické léčbě dyslipidemií u pacientů s ICHDK. Pokud se jedná o hemoragickou příhodu je snaha o hodnoty nižší, že?

Ano, ale dosti individuální. Vzhledem k tomu, že se jedná o extrém-

ně rizikovou skupinu, snažíme se o snížení LDL cholesterolu pod 2–1,8 mmol/l. Také se snažíme dosáhnout optimálních hodnot triglyceridů (pod 1,7 mmol/l) a HDL cholesterolu (nad 1,1 mmol/l u mužů, případně 1,3 mmol/l u žen) + viz další otázka/odpověď.

Jaká jsou tedy specifika léčby dyslipidemií u pacientů s ICHDK?

Často mají smíšené dyslipidémie – vysoký celkový/LDL cholesterol i triglyceridy a současně nižší HDL cholesterol. Proto se snažíme ovlivnit kromě LDL cholesterolu i ostatní složky. Častěji se zde zvažuje kombinaci terapie statinů s fibráty či s niacinem (kde je dostupný). Vyšší triglyceridy a nižší ochranný HDL cholesterol však nejlépe reagují na režimová opatření – ukončení kouření, zvýšení pohybové aktivity udržení/dosažení ideální váhy. U paci-

entů s diabetes mellitus, velice často postižených ICHDK, je u posledně jmenovaných faktorů zásadní i dobrá kompenzace glykemií.

Jaké mají pacienti s ICHDK kardiovaskulární riziko?

Extrémně vysoké; naprostá většina těchto pacientů nezemře na následky ICHDK, ale na následky ischemické choroby srdeční, a to v relativně mladším věku.

Má smysl hypolipidemická léčba u pacientů s ICHDK, kteří nepřestali kouřit?

Určitě má, nicméně intervence kuřáckých návyků je také naprosta zásadním léčebným opatřením.

Na otázky **MUDr. Jan Piřha, CSc.** Institut klinické a experimentální medicíny (IKEM) – vedoucí laboratoře pro výzkum aterosklerózy

Pojďme si teď na toto téma pohovořit s odborníkem na tuto problematiku, MUDr. Janem Piřhou

Jak vysvětlit menší účinek snižování cholesterolu na vznik mozkových cévních příhod?

V naprosté většině randomizovaných klinických studií s inhibitory hydroxy-methylglutaryl-CoA reduktázami