

Hipercholesterolemia – niewidzialna choroba cywilizacyjna

Wrz 28, 2021

- 24 września przypada światowy dzień hipercholesterolemii, będącej przyczyną wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych¹.
- Hipercholesterolemia dotyczy blisko 60% społeczeństwa – co drugiego z nas², ale zaledwie 6% pacjentów jest świadomych swojego stanu³.
- Choroby układu krążenia od wielu lat są głównym zabójcą Polaków – stanowią ponad 40% wszystkich zgonów w naszym kraju⁴.

Warszawa, 22.09.2021 – Hipercholesterolemia, czyli długotrwałe podwyższone stężenie cholesterolu LDL (tzw. złego cholesterolu) to choroba „niewidzialna”. Mimo że dotyczy co drugiego z nas, w większości przypadków wykrywana jest w wyniku pojawienia się pierwszego incydentu sercowo-naczyniowego, takiego jak zawał serca, czy udar mózgu⁵. Tymczasem diagnoza w przypadku hipercholesterolemii jest szybka – umożliwia ją lipidogram.

– Podwyższone stężenie cholesterolu nie daje żadnych objawów, dlatego też tak dużo osób nie ma świadomości występowania u nich wysokiego stężenia cholesterolu. Niestety, jednymi z pierwszych objawów podwyższonego cholesterolu jest występowanie zdarzeń sercowo-naczyniowych, takich jak zawał serca i/lub udar mózgu. Ale niestety wtedy już jest za późno - cholesterol zrobił swoje w organizmie. Dlatego też, kluczowym elementem leczenia wysokiego stężenia cholesterolu jest edukacja - przekazanie wiedzy, dlaczego cholesterol jest tak ważny, jakie mogą być konsekwencje wysokich wartości cholesterolu. Następnie, należy zachęcać do oceny stężenia cholesterolu we krwi. Daje to szansę na wczesne rozpoznanie choroby i zapobieganie/ opóźnianie wystąpienia zawału serca i/lub udaru mózgu. – mówi dr hab. n. med. Piotr Dobrowolski, profesor instytutu, Kierownik Samodzielnej Poradni Lipidowej Narodowego Instytutu Kardiologii

Modyfikowalny czynnik ryzyka

Jak wykazały badania epidemiologiczne – występowanie i umieralność z powodu chorób sercowo-naczyniowych wiąże się ściśle z występowaniem czynników ryzyka miażdżycy. Wśród nich najważniejszą grupę stanowią czynniki takie jak: dyslipidemie (czyli zaburzenia gospodarki cholesterolowej – w tym hipercholesterolemia), palenie tytoniu, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, otyłość, wiek, płeć, mała aktywność fizyczna i czynniki psychospołeczne⁶.

Co ważne, kontrola stężenia cholesterolu LDL u pacjentów jest jednym z najłatwiej modyfikowalnych czynników ryzyka⁷, których eliminacja wraz z leczeniem farmakologicznym, może poprawić przeżycie, zmniejszyć częstość nawrotów choroby, ograniczyć potrzebę wykonania zabiegów interwencyjnych oraz poprawić komfort życia⁸. Podstawą w leczeniu hipercholesterolemii jest modyfikacja stylu życia – zmiana diety (zmniejszenie spożycia tłuszczów nasyconych, zmniejszenie spożycia cholesterolu) i aktywność fizyczna⁹. W

przypadku nieuzyskania docelowego stężenia cholesterolu LDL, mimo zmiany stylu życia, należy włączyć farmakoterapię.

– Wyzwaniem w hipercholesterolemii jest to, by pacjent nie przerywał terapii. Przy kontrolowaniu cholesterolu LDL ważna jest konsekwencja i komfort leczenia, tak aby podawanie leków nie kolidowało z życiem rodzinnym i zawodowym. Dogodne formy terapii, rzadsze podanie i wizyty lekarskie mogą stanowić skuteczną motywację do kontynuowania leczenia. To szczególnie ważne, biorąc pod uwagę fakt, że wśród potencjalnych przyczyn nieosiągnięcia efektu wymienia się m.in.: niechęć pacjenta do leczenia oraz obawę o zdarzenia niepożądane. Ponadto działania profilaktyczne oraz zapobieganie ponownym incydentom sercowo-naczyniowym u pacjentów po zawale lub udarze redukuje ryzyko zgonów i trwałej niepełnosprawności – mówi dr hab. Piotr Dobrowolski, profesor instytutu.

Dzięki rozwojowi medycyny i farmakoterapii możliwe jest istotne poprawienie skuteczności leczenia dyslipidemii w Polsce. Dostępnych jest coraz więcej opcji terapeutycznych, które potencjalnie mogą poprawić zaangażowanie pacjentów i w części zredukować trudności w osiągnięciu docelowych wartości stężeń lipidów.

Kiedy zmiana stylu życia nie wystarcza?

W przypadku wystąpienia tzw. hipercholesterolemii rodzinnej, jednej z najczęstszych chorób dziedzicznych (zakłada się że występuje ona u 1 na 200 osób) występuje mutacja w jednym z genów kodujących białka, których zadaniem jest eliminacja cholesterolu z krwi. Podstawowym objawem hipercholesterolemii rodzinnej jest bardzo wysoki poziom „złego” cholesterolu (cholesterolu LDL) oraz występowanie w młodym wieku choroby wieńcowej i zawału serca. Chorują na nią całe rodziny, najczęściej przez wiele pokoleń. Dlatego gdy w rodzinie zostanie zdiagnozowana jedna osoba, ważne jest, aby wszyscy członkowie zostali poddani badaniu przesiewowemu. Dzięki szybkiej diagnostyce i wczesnemu włączeniu odpowiednich leków można uniknąć wielu powikłań oraz wydłużyć życie chorych¹⁰.

Diagnoza kluczem do podjęcia leczenia

Badania pokazują, że zbyt wysoki poziom cholesterolu całkowitego ma 61% naszego społeczeństwa w wieku 18-79 lat¹¹. Większość z nich jest nieświadoma swojego stanu zdrowia (ponad 60%), ponieważ nie bada regularnie poziomu cholesterolu¹². Zawartość lipidów we krwi możemy ocenić laboratoryjnie, określając tzw. lipidogram. Do przeprowadzenia oznaczenia potrzebna jest próbka krwi osoby badanej. Lipidogram obejmuje poziom cholesterolu ogólnego, LDL (lipoproteina o niskiej gęstości), HDL (lipoproteina o wysokiej gęstości) i trójglicerydów¹³.

Z blisko 18 milionów osób zaledwie 6% pacjentów jest świadomych swojej choroby i stosuje leczenie pozwalające na osiągnięcie docelowych wartości lipidogramu¹⁴. Obecnie zaleca się rutynowe badanie lipidogramu u wszystkich pacjentów, którzy ukończyli 40. rok życia w przypadku mężczyzn, a w przypadku kobiet przebyły menopauzę lub skończyły 50. rok życia¹⁵. Tak późne oznaczanie lipidogramu i niewłączanie go do panelu badań okresowych, a także bilansów zdrowia u dzieci może zmniejszyć szansę wczesnego wykrycia ciężkich przypadków hipercholesterolemii¹⁶.

Wysokie stężenie złego cholesterolu jest odpowiedzialne za tworzenie się miażdżycy w tętnicach, może prowadzić do problemów zwiększających ryzyko chorób serca i udaru mózgu¹⁷ (zwłaszcza choroby niedokrwiennej serca, udaru niedokrwinnego mózgu i choroby tętnic obwodowych) zarówno u mężczyzn, jak

Informacje o firmie Novartis

Novartis dostarcza rozwiązania, które mają na celu zaspokojenie potrzeb i oczekiwań pacjentów oraz ich opiekunów. Grupa Novartis, z siedzibą główną w Bazylei, w Szwajcarii, posiada bogate portfolio produktów leczniczych obejmujące leki innowacyjne, zapewniające oszczędności leki generyczne i biopodobne oraz preparaty okulistyczne. Globalnie Novartis zajmuje czołowe pozycje we wszystkich tych obszarach. W 2017 r. grupa Novartis odnotowała sprzedaż netto na poziomie 49,1 mld dol., z czego 9,0 mld dol. przeznaczyła na badania i rozwój. Grupa Novartis zatrudnia około 125 tys. pełnoetatowych pracowników, a produkty lecznicze oferowane przez firmę dostępne są w ponad 155 krajach na całym świecie. Więcej informacji znajduje się na stronie internetowej <https://www.novartis.com>.

Novartis - relacje z mediami

E-mail: press.poland@novartis.com

Aneta Poznanska

Komunikacja zewnętrzna Novartis

+48 663 874 857

aneta.poznanska@novartis.com

¹ W. Modrzejewski, W. J. Musiał, *Stare i nowe czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego — jak zahamować epidemię miażdżycy?*

Część I. Klasyczne czynniki ryzyka, 2010, s. 109

² Maciej Banach, Piotr Jankowski, Jacek Józwiak, Barbara Cybulska, Adam Windak, Tomasz Guzik, Artur Mamcarz, Marlena Broncel, Tomasz Tomasik, Wytyczne PTL/KLRwP/PTK postępowania w zaburzeniach lipidowych dla lekarzy rodzinnych 2016.

³ Maciej Banach, Piotr Jankowski, Jacek Józwiak, Barbara Cybulska, Adam Windak, Tomasz Guzik, Artur Mamcarz, Marlena Broncel, Tomasz Tomasik, Wytyczne PTL/KLRwP/PTK postępowania w zaburzeniach lipidowych dla lekarzy rodzinnych 2016.

⁴ Witkowski A. Legutko J. Mitkowski P. Stanowisko PTK na temat raportu NFZ o chorobie niedokrwiennej serca,

⁵ Maciej Banach, Piotr Jankowski, Jacek Józwiak, Barbara Cybulska, Adam Windak, Tomasz Guzik, Artur Mamcarz, Marlena Broncel, Tomasz Tomasik, Wytyczne PTL/KLRwP/PTK postępowania w zaburzeniach lipidowych dla lekarzy rodzinnych 2016.

⁶ Wojciech Modrzejewski, Włodzimierz J. Musiał, *Stare i nowe czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego — jak zahamować epidemię miażdżycy?* Część I. Klasyczne czynniki ryzyka, 2010, s. 106.

⁷ Catapano AL, Graham I, De Backer G, et al. ESC Scientific Document Group. 2016 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. Eur Heart J. 2016; 37(39): 1173–3058, doi: 10.1093/eurheartj/ehw272, indexed in Pubmed: 27567407.

⁸ Wojciech Modrzejewski, Włodzimierz J. Musiał, *Stare i nowe czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego — jak zahamować epidemię miażdżycy?* Część I. Klasyczne czynniki ryzyka, 2010, s.112.

⁹ Wojciech Modrzejewski, Włodzimierz J. Musiał, *Stare i nowe czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego — jak zahamować epidemię miażdżycy?* Część I. Klasyczne czynniki ryzyka, 2010, s.112.

¹⁰ What is Familial Hypercholesterolemia w: thefhfoundation.org. Dostępny: <https://thefhfoundation.org/familial-hypercholesterolemia/what-is-famili...>

¹¹ B. Wożakowska-Kapłon, M. Barylski, P. Salwa, K. J. Filipiak, J. Siebert, Zalecenia postępowania w dyslipidemii — propozycje algorytmu dla lekarzy rodzinnych, w *Via Medica*, 2012, s. 261.

¹² B. Wożakowska-Kapłon, M. Barylski, P. Salwa, K. J. Filipiak, J. Siebert, Zalecenia postępowania w dyslipidemii — propozycje

algorytmu dla lekarzy rodzinnych, w *Via Medica*, 2012, s. 261.

¹³ Lipidogram – najnowsze normy w: *Zdrowie z wyboru*. Dostępny: https://zdrowiezwyboru.pl/choroby-a-dieta/uklad-krazenia/202-lipidogram-..._E__2SygqAkqPGGGr-U10WlbYl02PKFKwuITZlrxb9vcaAv2jEALw_wcB [7.09.2021].

¹⁴ Deklaracja Sopocka 2018, s. 200.

¹⁵ Catapano AL, Graham I, De Backer G, et al. ESC Scientific Document Group. 2016 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. *Eur Heart J*. 2016; 37(39): 2999–3058, doi: 10.1093/eurheartj/ehw272, indexed in Pubmed: 27567407.

¹⁶ Deklaracja Sopocka 2018, s. 209.

¹⁷ LDL and HDL Cholesterol: "Bad" and "Good" Cholesterol w: *Centers for Disease Control and Prevention*. Dostępny: https://www.cdc.gov/cholesterol/ldl_hdl.htm [7.09.2021].

¹⁸ Wojciech Modrzejewski, Włodzimierz J. Musiał, Stare i nowe czynniki ryzyka sercowo- -naczyniowego — jak zahamować epidemię miażdżycy? Część I. Klasyczne czynniki ryzyka, 2010, s. 109.

PL2109213065

Source URL: <https://www.novartis.com/pl-pl/aktualnosci/media-releases/hipercholesterolemia-niewidzialna-choroba-cywilizacyjna>

List of links present in page

1. <https://www.novartis.com/pl-pl/pl-pl/aktualnosci/media-releases/hipercholesterolemia-niewidzialna-choroba-cywilizacyjna>
2. <https://www.novartis.com/>
3. <mailto:press.poland@novartis.com>
4. <mailto:aneta.poznanska@novartis.com>
5. <https://thefhfoundation.org/familial-hypercholesterolemia/what-is-familial-hypercholesterolemia>
6. <https://zdrowiezwyboru.pl/choroby-a-dieta/uklad-krazenia/202-lipidogram-najnowsze-normy/?gclid=Cj0KCQjwg7KJBhDyARIsAHRAXaE-mDU4phu>
7. https://www.cdc.gov/cholesterol/ldl_hdl.htm