

Jak optimalizovat hladinu HDL-cholesterolu?

MUDr. Lukáš Zlatohlávek, Ph.D.

Centrum preventivní kardiologie, III. interní klinika VFN a 1. LF UK, Praha

Kardiovaskulární onemocnění patří mezi nejčastější příčinu mortality a morbiditu v České republice. Primárním cílem při snižování jejich rizika je snížení LDL cholesterolu a následně i zvýšení HDL cholesterolu. Terapií volby je terapie komplexní, zahrnující jednak farmakoterapii a režimová opatření (dieta, pohybová aktivita). V dnešní době máme možnost dostupnými prostředky zvýšit hodnotu HDL cholesterolu o cca 20 %. Snad blízkou budoucností bude klinické použití nových léků, které bezpečně zvýší hodnotu HDL cholesterolu o více jak 100 %.

Klíčová slova: ateroskleróza, rizikové faktory, dieta, pohyb, farmakoterapie.

How to optimize HDL-cholesterol?

Cardiovascular diseases are the leading cause of mortality and morbidity in the Czech Republic. The primary objective in reducing their risk, lowering LDL cholesterol and, consequently, increase HDL cholesterol. Therapy of choice is a complex therapy, including pharmacotherapy and lifestyle measures (diet, physical activity). Nowadays, we can increase the value of HDL cholesterol by about 20 %. Perhaps in the near future drugs will become available that increase the level of HDL cholesterol by up to 100 %.

Key words: atherosclerosis, risk factors, diet, physical activity, combination drug therapy.

Interní Med. 2012; 14(2): 83–84

Úvod

Kardiovaskulární onemocnění (KVO) patří mezi nejčastější příčinu mortality a morbiditu ve vyspělém světě. Mezi nejvýznamnější rizikové faktory KVO patří dyslipidemie. Zde je nutné zdůraznit význam slova dyslipidemie, které vyjadřuje, že ne pouze zvýšené hodnoty v lipidovém spektru (celkový cholesterol, LDL-cholesterol, triglyceridy), ale i snížené hodnoty některých parametrů, zejm. HDL cholesterolu (HDL-C) a apolipoproteinu A (apo A) jsou rizikovými faktory aterosklerózy, resp. její klinické manifestace – kardiovaskulárních onemocnění.

Snížení HDL-C je často (většinou) asociováno s markery metabolického syndromu, resp. s tzv. aterogenní triádou. Mezi složky tzv. aterogenní triády patří zvýšené hodnoty malých denzních LDL částic, zvýšené hodnoty triglyceridů a právě snížené hodnoty HDL cholesterolu.

Snížení HDL cholesterolu je považováno za rizikový faktor aterosklerózy. Nicméně z interpretace metaanalýz velkých klinických studií není toto tvrzení stoprocentně potvrzeno. Vliv na pokles kardiovaskulárního rizika je u zvýšení HDL cholesterolu v.s. asociován s poklesem LDL cholesterolu. Na snížení LDL-C o 1 % a zvýšení HDL-C o 1 % připadá snížení KV příhod také o 1 %. Naproti tomu při sledování vlivu HDL-C na KV příhody bylo z metaanalýzy 108 randomizovaných klinických studií prokázáno snížení KV rizika o 29 % při zvýšení HDL-C o 0,26 mmol/l. Ovšem po adjustaci na LDL cholesterol nebyl prokázán žádný vliv poklesu HDL-C na KV příhody.

V poklesu KV rizika hraje tedy klíčovou roli LDL cholesterol, s dalším aditivním vlivem v podobě HDL cholesterolu.

A právě zde má být „dobrá rada“, jak na zvýšení HDL cholesterolu. Je nutné rozdělit si možnosti zvýšení HDL cholesterolu na farmakologické a u dyslipidemie velice důležité možnosti nefarmakologické. Další možností je si stěžovat na vlastní genetickou výbavu. Ale kdo ví, v budoucnosti budeme mít třeba možnost i tuto část problematiky řešit, protože možnosti genové terapie se rozšiřují.

Dietní a pohybová intervence

Asi nejkřičavější část terapie v případě snahy o zvýšení HDL cholesterolu jsou dietní a režimová opatření. Díky jejich vlivu dochází nejen k cílenému zvýšení HDL cholesterolu, ale i ke snížení KV rizika.

Podrobně zde rozebírat dietní doporučení (preferenci ryby, bílého masa, vynechání uzenin, vnitřností) by zdaleka přesáhlo rozsah tohoto článku, ale je nutné zdůraznit, že pro naše pacienty musí být samozřejmostí jídelníčku. Ač autor není přílišným zastáncem doplňků stravy, je nutné přiznat, že některé potraviny (léky) např. s obsahem fytoosterolů mají pozitivní vliv na hladinu HDL cholesterolu. Na druhou stranu je nutné zdůraznit, že k tomuto pozitivnímu vlivu je nutné konzumovat mnohem větší množství kapslí, než doporučují prodejci.

Stejně tak součástí režimu pacienta s dyslipidemií musí být pravidelná pohybová aktivi-

ta (3–4x týdně po dobu 30–45 min.), což naši pacienti neradi tolerují. Pacientovi lze pomoci i dobrou radou ve smyslu: nejezdit výtahem, ale chodit pěšky, vysednout o zastávku dříve z MHD a dojít pěšky aj., zkrátka motivovat je k pohybové aktivitě při denní činnosti.

Alkohol

Vzhledem ke konzumaci alkoholu v České republice by měl mít náš národ nejlepší hodnoty HDL cholesterolu ve světě. Jak je naznačeno úvodní větou, pravidelná konzumace alkoholu má pozitivní vliv na HDL cholesterol. Nicméně konzumace alkoholu musí být umírněná. Při velké konzumaci alkoholu dochází sice ke zvýšení hodnot HDL cholesterolu, ale mění se kvalita „složení“ HDL částic, které již nemají tak významné anti-aterogenní vlastnosti, ba naopak mohou mít vlastnosti proaterogenní. Doporučené hodnoty jsou 1 až maximálně 2 drinky denně (muži x ženy). Akademicky diskutovanou otázkou je, zda je doporučena konzumace piva, bílého či červeného vína, nebo kvalitního destilátu. Toto rozhodnutí musíme již ponechat na konečném konzumentovi. Z hlediska KV účinků záleží zejména na množství alkoholu.

Statiny

Hlavní cíl terapie dyslipidemie představuje koncentrace LDL částic. Proto každý pacient s dyslipidemií musí mít statinovou terapii. Po zahájení terapie statiny dochází „ruku v ruce“ s poklesem celkové cholesterolemie a LDL cholesterolu k poklesu HDL cholesterolu. Ovšem

při dlouhodobé terapii mají statiny neutrální či mírně pozitivní vliv na hladinu HDL. Při terapii simvastatinem dochází ke vzestupu HDL cholesterolu o 2–7 %, resp. u atorvastatinu o 0–2 % či rosuvastatinu o 4 % (po roční terapii ve studii Jupiter). Obecně lze říci, že statinová terapie nemá na hodnoty HDL cholesterolu významný vliv, ale i malý nárůst HDL navozený statiny může mít pozitivní vaskulární efekt.

Fibráty

Fibráty jsou poměrně rozšířenou skupinou hypolipidemik určenou především ke kombináčn

Niacin

Relativní novinkou na našem trhu je fixní kombinace niacinu a laropiprantu (Tredaptive). Při terapii niacinem platí tzv. pravidlo 20, tzn., že dochází k poklesu triglyceridemie a LDL cholesterolu o 20 % a vzestupu HDL cholesterolu o 20 %. Niacin je opět indikován do kombináčn

-trapiby

Velkou nadějí v terapii hypo-HDL cholesterolemie byly klinické studie s torceptrapibem, ve kterých došlo k vzestupu HDL cholesterolu o 60–100 %. Nicméně nedošlo k poklesu KV mortality a morbidit

kterém dochází k vzestupům HDL cholesterolu dokonce až o 138 %. Nicméně je zapotřebí vyčkat definitivních výsledků studií, se sledováním nejen laboratorních, ale i klinických cílů.

Závěr

Při snaze o zvýšení HDL cholesterolu, resp. snížení KV rizika musíme mít na mysli, že léčíme pacienta a nikoliv laboratorní parametry. Terapie pacienta musí být v tomto případě komplexní a zahrnovat jednak kombináčn

Článek přijat redakcí: 18. 1. 2012

Článek přijat k publikaci: 30. 1. 2012

MUDr. Lukáš Zlatohlávek, Ph.D.

Centrum preventivní kardiologie,
III. interní klinika VFN a 1. LF UK
U Nemocnice 1, 128 00 Praha 2
lukas.zlatohlavek@lf1.cuni.cz
