

Rekomendacje • Recommendations

Konieczność ujednoczenia wartości docelowych wyników badań lipidowych w medycznych laboratoriach diagnostycznych w Polsce

Konieczność ujednoczenia wartości docelowych wyników badań lipidowych w medycznych laboratoriach diagnostycznych w Polsce

Janina Stępińska, Bogdan Solnica, Jan Kulpa, Piotr Jankowski, Zbigniew Kalarus, Grzegorz Opolski, Dariusz Sitkiewicz

Stanowisko Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej, Konsultanta Krajowego w dziedzinie Kardiologii i Konsultanta Krajowego w dziedzinie Diagnostyki Laboratoryjnej

Dyslipidemie należą do najważniejszych modyfikowalnych czynników ryzyka sercowo-naczyniowego [1, 2]. Ich rozpowszechnienie w populacji jest znaczne. Szacuje się, że częstość pierwotnej poligenowej hipercholesterolemii może sięgać 10% populacji, a dyslipidemii aterogennej – 20 do 30%. W badaniu NATPOL 2011 stwierdzono, że hipercholesterolemia, definiowana jako stężenie cholesterolu całkowitego w osoczu $\geq 5,0$ mmol/l (≥ 190 mg/dl) występuje w Polsce u 61% (ok. 18 mln.) osób w wieku 18-79 lat [Zdrojewski T, Bandosz P. NATPOL 2011; unpublished data]. Wyniki badań epidemiologicznych oceniających między innymi występowanie czynników ryzyka sercowo-naczyniowego w populacji generalnej oraz u osób z chorobą niedokrwienną serca wskazują, że niedostateczne wykrywanie i nieskuteczne leczenie hipercholesterolemii jest jednym z największych zagrożeń dla zdrowia Polaków [3-7]. W badaniu NATPOL 2011 stwierdzono, że 65% przypadków hipercholesterolemii w Polsce pozostaje nierozpoznanych, u 22% osób jest ona rozpoznana, ale nieleczona, w 6% przypadków jest ona leczona nieskutecznie, a jedynie u 8% Polaków z hipercholesterolemią choroba ta jest skutecznie leczona.

Jedną z przyczyn tej złej sytuacji epidemiologicznej jest błędna interpretacja wyników badań lipidowych na skutek zamieszczania na formularzach wyników badań laboratoryjnych niewłaściwych wartości odniesienia – docelowych stężeń cholesterolu całkowitego oraz we frakcjach LDL i HDL.

Dyslipidemię definiuje się jako stan, w którym stężenia lipidów i lipoprotein w osoczu przekraczają wartości uznane za pożądane (docelowe) [2]. Wartości docelowe są ustalane na podstawie wyników badań epidemiologicznych i klinicznych oceniających związek stężeń lipidów i lipoprotein z ryzykiem sercowo-naczyniowym. Są one publikowane m. in. w zalece-

niach praktyki klinicznej i, z postępem wiedzy, ulegają zmianom. Eksperti towarzystw naukowych (*European Society of Cardiology, European Society of General Practice/Family Medicine, European Association for the Study of Diabetes, European Atherosclerosis Society* i in.) są zgodni, że docelowym stężeniem cholesterolu frakcji LDL u osób o bardzo dużym ryzyku sercowo-naczyniowym jest wartość $< 1,8$ mmol/l (< 70 mg/dl), u osób o dużym ryzyku – $< 2,5$ mmol/l (< 100 mg/dl), a u osób o mniejszym ryzyku – $< 3,0$ mmol/l (< 115 mg/dl) [1]. Tymczasem w wielu laboratoriach w Polsce jako wartość docelową lub górną granicę „normy” stężenia cholesterolu frakcji LDL na formularzach wyników badań zamieszcza się wartości od 2,5 mmol/l (100 mg/dl) do 4,0 mmol/l (150 mg/dl). Taka błędna informacja na wyniku badania może powodować samowolne odstawianie przez pacjentów leków hipolipemizujących lub zmniejszanie ich dawek oraz zmniejszać zaufanie pacjenta do wiedzy i profesjonalizmu lekarza. W niektórych przypadkach może też wprowadzać w błąd lekarzy sugerując znaczącą różnicę między „normalnym”, a docelowym stężeniem cholesterolu.

W celu poprawy skuteczności rozpoznawania i leczenia dyslipidemii konieczne jest ujednoczenie wartości docelowych wyników badań lipidowych w polskich laboratoriach – zamieszczanie na formularzach wyników wyłącznie podanych poniżej wartości rekomendowanych przez europejskie towarzystwa naukowe.

Ponieważ przedstawiony powyżej opis potrzebny do poprawnej interpretacji wyników oznaczeń cholesterolu LDL jest zbyt obszerny do zamieszczania go na formularzach wyników badań, proponujemy następującą jednolitą formę i treść części formularza zawierającej wyniki badań lipidowych:

Tabela I.
Uniwersalna

Cholesterol całkowity	<5,0 mmol/l	<190 mg/dl
Cholesterol LDL choroba wieńcowa, miażdżycy innych tętnic, stan po udarze mózgu, cukrzyca z powikłaniami narządowymi, przewlekła choroba nerek ≥ 4 stadium lub ryzyko $\geq 10\%$ wg skali SCORE	<1,8 mmol/l	<70 mg/dl
Bardzo znacznie nasilony pojedynczy czynnik ryzyka, cukrzyca bez powikłań narządowych, 3 stadium przewlekłej choroby nerek lub ryzyko 5-10% wg skali SCORE	<2,5 mmol/l	<100 mg/dl
Mniejsze ryzyko sercowo-naczyniowe (ryzyko <5% wg skali SCORE)	<3,0 mmol/l	<115 mg/dl
Cholesterol HDL	M: $\geq 1,0$ mmol/l K: $\geq 1,2$ mmol/l	M: ≥ 40 mg/dl K: ≥ 45 mg/dl
Triglicerydy	$\leq 1,7$ mmol/l	≤ 150 mg/dl

Ujednoczenie wartości docelowych wpisywanych na formularzach wyników badań lipidów w polskich laboratoriach zmniejszy niepokój pacjentów, zwiększy ich zaufanie do lekarzy i przestrzeżenie zaleceń, a także zaoszczędzi czas le-

karzy poświęcany obecnie na wyjaśnienia – w efekcie przyczyni się do poprawy wykrywalności i skuteczności leczenia hipercholesterolemii w Polsce.

Tabela II.
Uszkodzenia

Oznaczenie	Wynik	Wartości referencyjne/docelowe
Cholesterol całkowity	3,0 - 5,0 mmol/l (115 - 190 mg/dl)	
Cholesterol LDL	< 1,8 mmol/l (<70 mg/dl) – u osób z bardzo dużym ryzykiem, po zawale serca i udarze mózgu, $\geq 10\%$ wg skali SCORE < 2,5 mmol/l (<100 mg/dl) u osób z dużym ryzykiem, w tym z ryzykiem 5-10% wg skali SCORE < 3,0 mmol/l (<115 mg/dl) – u osób z umiarkowanym lub małym ryzykiem (ryzyko <5% wg skali SCORE)	
Cholesterol HDL	M: $\geq 1,0$ mmol/l (≥ 40 mg/dl) K: $\geq 1,2$ mmol/l (≥ 45 mg/dl)	
Triglicerydy	$\leq 1,7$ mmol/l (≤ 150 mg/dl)	

Piśmiennictwo

1. Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): the Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *Eur J Prev Cardiol* 2012; 19: 585-667.
2. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). *Atherosclerosis* 2011; 217: 3-46.
3. Pietrasik A, Starczewska M, Głowczyńska R, et al. Secondary prevention of myocardial infarction in primary care – selected results of POLCARD-SPOK Study. *Kardiologia Polska* 2006; 64: 210-217.
4. Banasiak W, Wilkins A, Pociupany P, Ponikowski P. Pharmacotherapy in patients with stable coronary artery disease on an outpatient basis in Poland. RECENT study. *Kardiologia Polska* 2008; 66: 642-649.
5. Pająk A, Jankowski P, Kawecka-Jaszcz K, et al. Changes in secondary prevention of coronary artery disease 1997-2007. Results of the Cracovian Program for Secondary Prevention of Ischaemic Heart Disease and Polish parts of EUROASPIRE II and III surveys. *Kardiologia Polska* 2009; 67: 1353-1359.
6. Śliż D, Mamcarz A, Filipiak K, et al. 3ST-POL trial: Standards of statin use in Poland in the context of the European Society of Cardiology guidelines. *Pol Arch Med Wewn* 2010; 120: 328-333.
7. Bala M, Leśniak W, Płaczekiewicz-Jankowska E, et al. Cardiovascular risk factors control in Polish patients with type 2 diabetes within the first two years of diagnosis: results of the ARETAEUS 1 study. *Kardiologia Polska* 2011; 69: 1249-1257.