

"עיכוב הספיגה והייצור של כולסטרול"

פריצת דרך בטיפול להפחתת רמות שומני הדם

<< ד"ר אבישי אליס, מנהל מרפאת ליפידים, בי"ח מאיר, כ"ס

המופרשת מהכבד. הכולסטרול נספג לתאי המעי הדק בעזרת מערכת קולטנים ספציפית, שם הוא נארז עם טריגליצרידים ומופרש לזרם הדם.

שליטה על שני מקורות הכולסטרול, הכבד והמעי, תביא לשליטה טובה יותר על רמות הכולסטרול בדם. הסטטינים מעכבים את הייצור בכבד והאיזטרול מעכב את הספיגה במעי, כשהשילוב של איזטרול וסטטינים מאפשר עיכוב כפול בו זמני ויעיל של שני מקורות הכולסטרול, הספיגה והייצור.

הוספת איזטרול לכל סטטין ובכל מינון סטטין מתבטאת בירידה נוספת של 25% ברמות ה-LDL-C מעבר לזו המתקבלת עם הסטטין. הדבר משמעותי במיוחד לאור העובדה כי הכפלת מינונו של סטטין כלשהו, מספקת במוצע ירידה נוספת של כ-6% בלבד ברמת ה-LDL-C. במקביל נמצא ששילוב איזטרול עם מינון נמוך של סטטין יעיל בהורדת רמות ה-LDL-C כמו מתן מינון מקסימלי של אותו סטטין. עוד נמצא שהוספת איזטרול לחולים המטופלים בסטטינים מביאה אחוז רב יותר מהחולים לערכי המטרה בהשוואה למטופלים בסטטין בלבד.

האיזטרול פועל במנגנון המשלים את פעולת הסטטינים ללא תוספת תופעות לוואי.

גם בחולים רבים הנמצאים ברמת סיכון בינונית (חולים עם 2 גורמי סיכון) לא ניתן לעיתים קרובות להגיע לערכי המטרה, רמת ה-LDL-C הקטנה מ-130 מ"ג%, באמצעות טיפול במינון סטנדרטי של סטטינים בלבד (בד"כ סימבסטטין 40-20 מ"ג). גם במקרים אלה מומלץ לשקול טיפול משולב של איזטרול וסטטין.

מחקרים נוספים שפורסמו לאחרונה מחזקים את היעילות והבטיחות שבעיכוב הכפול ע"י שילוב סטטינים ואיזטרול.

לסיכום, כיום יש בידנו אמצעי יעיל להורדה משמעותית של רמות ה-LDL-C ולהשיג את ערכי המטרה מבלי להרע את פרופיל תופעות הלוואי. אמצעי זה הוא עיכוב הספיגה והייצור של כולסטרול ע"י טיפול באיזטרול בשילוב עם סטטין.

שלהורדת ערכי הכולסטרול השפעה מיטיבה כבר לאחר ימים ושבועות ספורים.

למרות ההמלצות המבוססות קיים פער משמעותי בין ההנחיות לבין ערכי הכולסטרול ומדיניות הטיפול המתבצעת בפועל. במחקרים שנעשו בארץ ובאירופה בשנים האחרונות נמצא שכ-65% מהחולים הסובלים מסוכרת ו/או עברו אירוע כלילי אינם מגיעים לערכי המטרה הרצויים עבורם, רמת ה-LDL-C הנמוכה מ-100 מ"ג%.

ההסבר העיקרי לתופעה נעוץ במגבלות הטיפוליים הקיימים:

התרופות ממשפחת הסטטינים, המעכבים את ייצור הכולסטרול במעי, הם אמצעי הטיפול העיקרי להורדת רמות הכולסטרול בדם. בכדי להשיג את ערכי המטרה שנקבעו יש צורך בד"כ במינוני סטטינים גבוהים. מינונים התחלתיים-נמוכים אינם יעילים לעיתים קרובות, וכשמכפילים את המינון מתקבלת ירידה נוספת של כ-6% בלבד ברמת הכולסטרול. מכאן שגם הכפלת מינוני הסטטינים אינה ערובה להשגת ערכי המטרה.

במקביל, גם תופעות הלוואי של הסטטינים (כשהעיקריות הן כאבי בטן, כאבי שרירים והפרעות בתפקודי כבד) הן תלויות מינון, כשהכפלת המינון מעלה את שכיחותן. לאחרונה, ולראשונה מזה 17 שנים, נעשתה פריצת דרך בטיפול בחולים הסובלים מרמות כולסטרול גבוהות: איזטרול (Ezetimibe) הינה התרופה הראשונה במשפחה החדשה - מעכבי ספיגת הכולסטרול. האיזטרול מעכב באופן סלקטיבי את ספיגת הכולסטרול מהמעי.

מקור הכולסטרול בגוף הוא משני מקורות. הראשון ייצור עצמי בכבד והשני ספיגה מהמעי. הכולסטרול מגיע למעי מהמזון ובעיקר (2/3) מהמרה

מחלות הלב וכלי הדם הן גורם תמותה ותחלואה מרכזי במדינות המפותחות, ובהן ישראל. נקודת המפתח בטיפול ובמניעת מחלות אלה הוא הטיפול בגורמי הסיכון: איזון יתר לחץ דם וסוכרת, הפסקת עישון, הפחתת משקל, והקפדה על דיאטה ופעילות גופנית, ובעיקר הפחתת ריכוזי הכולסטרול מסוג LDL (הכולסטרול "הרע") בדם.

רמת הכולסטרול "הרע" (LDL-C) הרצויה נקבעת בהתאם לרמת הסיכון.

ככלל, בחולים בסיכון גבוה - חולי מחלות לב וכלי דם וביניהם חולים עם מחלת לב כלילית, אירועים מוחיים, מחלת כלי דם בגפיים, חולי סוכרת וחולים עם מספר גורמי סיכון שאינם מאוזנים, ערך המטרה של ה-LDL-C הוא רמה הנמוכה מ-100 מ"ג%.

בעקבות סדרת מחקרים רבי משתתפים ומבוקרים עודכנו ההנחיות לטיפול בהפרעות בשומני הדם. עיקרי העדכונים הם:

- בכל חולה בסיכון גבוה, יש להוריד את רמות הכולסטרול, ללא קשר לרמתו ההתחלתית.
- בכל חולה בסיכון גבוה עם רמות ה-LDL-C מעל 100 מ"ג% יש להתחיל מיידית בטיפול תרופתי.
- בחולים בסיכון גבוה מאוד (חולי מחלת לב וכלי דם הסובלים בנוסף מסוכרת או הממשיכים לעשן או הסובלים מתסמונת מטבולית. וכן חולים לאחר אירוע כלילי חריף) הוגדר ערך מטרה חדש, רמת ה-LDL-C הקטנה מ-70 מ"ג%.

עוד נמצא שיש להגיע

לערכי המטרה בתוך

זמן קצר, מכיוון

