

## تازه‌ترین دستورالعمل درمان کلسترول بالا

نسخه ۲۰۱۸ دستورالعمل درمان کلسترول بالا از سوی انجمن قلب (AHA) و کالج کاردیولوژی آمریکا (ACC) همراه با چندین گروه دیگر در نشست سالانه این انجمن و نیز شماره نوامبر مجله Circulation منتشر شده و مهم‌ترین تفاوت‌های آن با نسخه پیشین (۲۰۱۳) به شرح زیر است:

- ✓ تاکید اصلی این دستورالعمل بر لزوم مشاوره با بیماران، ارائه اطلاعات لازم و کمک به آنان برای تصمیم‌گیری در زمینه انتخاب بهترین گزینه درمان است. اصلاح شیوه زندگی، همچنان اساس درمان کلسترول بالاست.
- ✓ ناشتا بودن برای آزمایش چربی\_خون لازم نیست.
- ✓ ارزیابی خطر قلبی-عروقی، یک محاسبه ساده نیست و فرمول واحدی ندارد. علاوه بر عوامل خطر ساز مرسوم مانند سیگار و فشار خون، ارزیابی خطر در هر بیمار باید به‌طور شخصی انجام شود و مواردی مانند سابقه خانوادگی بیماری قلبی-عروقی آترواسکلروتیک (ASCVD) زودرس، LDL پیوسته بالا ( $\leq 160$ )، بیماری کلیوی مزمن و سابقه پره‌اکلامپسی مورد توجه قرار گیرد.
- ✓ در مجموع، ارزیابی خطر شامل سه مرحله برآورد اولیه خطر وقایع قلبی-عروقی آترواسکلروتیک، شخصی‌سازی خطر (risk personalization) و در نهایت طبقه‌بندی مجدد است. یکی از ویژگی‌های اصلی دستورالعمل جدید، توجه به شخصی‌سازی خطر است. به‌عنوان مثال، میزان خطر در افراد طبقات اجتماعی-اقتصادی بالا که معمولاً مراجعات پزشکی بیشتری دارند، بیش از میزان واقعی تخمین زده می‌شود. در مقابل، برآورد میزان خطر در افراد طبقات اجتماعی-اقتصادی پایین و نیز مبتلایان به وضعیت‌های التهابی مزمن مانند اچ‌آی‌وی یا بیماری‌های روماتولوژیک کمتر از میزان واقعی است.
- ✓ در افرادی که سابقه وقایع قلبی-عروقی آترواسکلروتیک متعدد (یا یک واقعه قلبی-عروقی آترواسکلروتیک همراه با عوامل خطر ساز متعدد) و با وجود درمان حداکثر استاتین،  $LDL \geq 70$  دارند، می‌توان از تیمایب (ezetimibe) را به درمان افزود. اگر LDL همچنان بالا بماند، می‌توان یک مهارکننده PCSK9 مثل evolocumab یا alirocumab به درمان افزود. داده‌ها در زمینه هزینه-اثربخشی این داروها محدود است.
- ✓ افزودن از تیمایب و سپس یک مهارکننده (PCSK9) همچنین در برخی بیماران مبتلا به هیپرکلسترولمی اولیه شدید توصیه می‌شود.
- ✓ این دستورالعمل شامل توصیه‌هایی در زمینه موارد ضرورت و فایده اندازه‌گیری کلسیم شریان کرونری به‌عنوان یکی از ابزارهای ارزیابی خطر وقایع قلبی-عروقی آترواسکلروتیک است. همچنین به اهمیت دو آنالیت آزمایشگاهی آپولیپوپروتئین ب (apo B) و Lp(a) نیز توجه شده است. به‌عنوان مثال، در افرادی که در گروه خطر متوسط قرار می‌گیرند، اگر کلسیم شریان کرونری صفر باشد، این افراد در طبقه‌بندی مجدد در گروه کم‌خطر قرار می‌گیرند و درمان استاتین توصیه نمی‌شود. همچنین  $CAC \text{ score} > 100$  یا  $apo B > 130$  و  $LP(a) > 50$  در مردان باعث بالاتر رفتن آنان در طبقه‌بندی می‌شود.