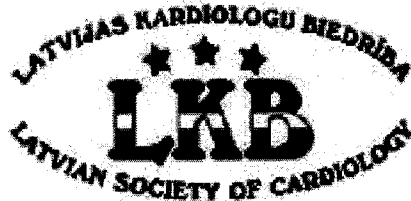


**Prezidents: Prof. Andrejs Ērglis,**  
Latvijas Kardioloģijas centrs  
Pilsõņu iela 13  
Rīga, LV - 1002  
Latvija  
Tel.: +371 - 7069541  
Tel/Fakss: +371 - 7069548  
e-mail: [a.a.erglis@stradini.lv](mailto:a.a.erglis@stradini.lv)



**Sekretārs: Dr. med. Vilnis Dzērve,**  
Latvijas Kardioloģijas institūts  
Pilsõņu iela 13  
Rīga, LV - 1002  
Latvija  
Tel.: +371-7069575  
Fakss: +371 - 7614641  
e-mail: [vilnisdzerve@inbox.lv](mailto:vilnisdzerve@inbox.lv)

Nr. 1 - 308,  
12.04.2017

## Latvijas laboratorijas speciālistu biedrībai

*Par vienotu lipīdu normu un noviržu marķējuma ieviešanu Latvijā atbilstoši Eiropas profesionālo asociāciju prasībām*

Vēlamies izteikt pateicību Latvijas Laboratorijas ārstu asociācijai par līdzšinējo veiksmīgo sadarbību ar Latvijas Kardiologu biedrību (LKB) un Jūsu atsaucību mūsu lūgumam 2013. gadā ieviest ZBLH mērķa līmeņus pie ZBLH rezultātiem. Pateicoties šīm izmaiņām ārstiem noteikti ir kļuvis vieglāk komunicēt ar pacientiem, kam ir indicēta kardiovaskulārā profiakse.

Ņemot vērā šo ļoti pozitīvo pieredzi, šoreiz vēršamies pie Jums ar lūgumu ieviest svarīgu nolēmumu, ko kopīgi ir izstrādājušas divas profesionālās asociācijas - Eiropas Aterosklerozes biedrība (EAS) un Eiropas Klīnisko ķīmiķu un laboratorijas ārstu federācija (EFLM). (1) Tāpat vēršam Jūsu uzmanību arī uz jaunākajām Eiropas Kardiovaskulāro slimību profilakses vadlīnijām, kurās pie augsta KV riska kā ZBLH robežvērtība tiek norādīti 2,6 mmol/l nevis 2,5 mmol/l kā iepriekš. (2)

Atsaucoties uz EAS/EFLM nolēmumu, aicinām ieviest atbilstošas izmaiņas arī Latvijā, respektīvi:

1. Pacientiem, kam tiek veikta asins lipīdu sastāva izvērtēšana, turpmāk neizvirzīt obligātu prasību nodot asins paraugu tukšā dūšā. Kā rāda pētījumi, atšķirības starp lipīdu līmeņiem tukšā dūšā vai pēc ēšanas nav lielas, tādēļ turpmāk tiek ieteikts rutīnā lipīdu analīzes veikt neatkarīgi no ēšanas, lai uzlabotu pacientu līdzestību.
2. Iespēju robežās papildus "aprēķinātajam ne-ABLH" (kas tiek aprēķināts pēc formulas KH-ABLH) ieviest arī "aprēķināto remnantu holesterīnu" (kas tiek aprēķināts pēc formulas KH-ABLH-ZBLH).
3. Rezultātu izcelt kā novirzi no normas šādos gadījumos:
  - a. Kopējais holesterīns (KH)  $\geq 5$  mmol/l;
  - b. Triglicerīdi (TG)  $\geq 2,0$  mmol/l (ja pacients nav tukšā dūšā) vai  $\geq 1,7$  mmol/l (ja pacients ir tukšā dūšā);
    - i. Ņemot vērā, ka laboratorijas darbiniekiem ne vienmēr ir pieejama informācija par to, vai pacients ir bijis tukšā dūšā, iespējams, ka labāks risinājums ir vienmēr izcelt TG  $\geq 2$  mmol/l un pievienot piebildi, ka pacientiem, kas ir tukšā dūšā par paaugstinātiem uzskatāmi TG  $\geq 1,7$  mmol/l;
  - c. ZBLH  $\geq 3,0$  mmol/l, bet joprojām papildus norādīt ZBLH mērķu līmeņus atkarībā no pacienta riska, kā tas jau tiek darīts daudzās Latvijas laboratorijās:
    - i. Pacientiem ar ļoti augstu sirds-asinsvadu slimību risku mērķa ZBLH  $< 1,8$  mmol/l;
    - ii. Pacientiem ar augstu sirds-asinsvadu slimību risku mērķa ZBLH  $< 2,6$  mmol/l;
    - iii. Pacientiem ar mērenu vai zemu sirds-asinsvadu slimību risku mērķa ZBLH  $< 3,0$  mmol/l;

- d. Aprēķinātajam ne-ABLH  $\geq 3,9$  mmol/l, bet papildus norādīt ne-ABLH mērķu līmeņus atkarībā no pacienta riska:
    - i. Pacienti ar loti augstu sirds-asinsvadu slimību risku mērķa ne-ABLH  $< 2,6$  mmol/l;
    - ii. Pacienti ar augstu sirds-asinsvadu slimību risku mērķa ZBLH  $< 3,4$  mmol/l;
  - e. Aprēķinātajam remnantu holesterīnam (RH)  $\geq 0,9$  mmol/l;
  - f. ABLH  $\leq 1$  mmol/l;
  - g. Apolipoproteīnam A1 ( $\leq 1,25$  g/l vai)  $\leq 125$  mg/dl;
  - h. Apolipoproteīnam B  $\geq 100$  mg/dl;
  - i. Lipoproteīnam(a)  $\geq 50$  mg/dl.
4. Pacienti ar ļoti smagiem lipīdu vielmaiņas traucējumiem pievienot brīdinājuma norādi šādos gadījumos:
- a. TG  $\geq 10$  mmol/l (norāde "paaugstināts pankreatīta risks, nepieciešama speciālista konsultācija");
  - b. ZBLH  $> 13$  mmol/l ("aizdomas par homozigotu ģimenes hiperholesterinēmiju, nepieciešama speciālista konsultācija");
  - c. ZBLH  $> 5$  mmol/l ("aizdomas par heterozigotu ģimenes hiperholesterinēmiju, nepieciešama speciālista konsultācija");
  - d. Lp(a)  $> 150$  mg/dl ("paaugstināts sirds-asinsvadu slimību risks, ieteicama speciālista konsultācija").
5. Lai klīnicistiem nerastos neskaidrības, lūdzam iespēju robežās norādīt arī ZBLH noteikšanas metodi – "aprēķinātais ZBLH" (angliski - calculated) vai "ar tiešo metodi noteiktais ZBLH" (measured). Ārstam to ir svarīgi zināt īpaši gadījumos, ja pacientiem triglicerīdu līmenis pārsniedz 4,5 mmol/l
6. Ja TG  $> 5$  mmol/l pievienot piebildi "atkārtot tukšā dūšā, ja pacients pirms pirms analīzes veikšanas ir ēdis".

LKB apzinās, ka šādu izmaiņu ieviešana prasa laboratorijām zināmu laiku, tomēr uzsveram, ka tām ir ļoti liela nozīme sabiedrības veselības uzlabošanā. Lipīdu vielmaiņas pareiza interpretācija un pacientu savlaicīga konsultēšanās pie ārstiem ir svarīgi priekšnosacījumi, lai ārsti varētu efektīvi samazināt sirds un asinsvadu slimību risku Latvijas iedzīvotājiem.

Patiesā cieņā,

LKB valdes vārdā,

Prof. Andrejs Ērglis

Prof. Gustavs Latkovskis

Latvijas Kardiologu biedrības prezidents

Latvijas Kardiologu biedrības valdes loceklis

1. Nordestgaard BG, Langsted A, Mora S, Kolovou G, Baum H, Bruckert E, et al. Fasting is not routinely required for determination of a lipid profile: clinical and laboratory implications including flagging at desirable concentration cut-points—a joint consensus statement from the European Atherosclerosis Society and European Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine. Eur Heart J. 2016;37(25):1944-58.
2. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) <br/> Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). 2016;37(29):2315-81.