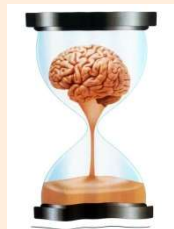
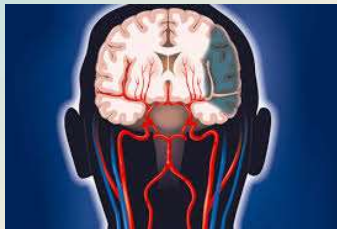




Dalius Jatužis

VU Neurologijos ir neurochirurgijos klinika

Insulto profilaktika: iššūkių ir gydymo metodai realiame gyvenime



Aptariami klausimai

- Prieširdžių virpėjimas ir insulto medikamentinė profilaktika, remiantis naujomis ESC gairėmis
- Statinai insulto profilaktikai: kompensacijos indikacijų patikslinimas

Atnaujintos 2016 m. rugpjūčio mėn. Europos kardiologų draugijos (EKD) prieširdžių virpėjimo gydymo gairės¹



www.escardio.org

European Heart Journal Advance Access published August 27, 2016



European Heart Journal
doi:10.1093/eurheartj/ehw210

ESC GUIDELINES

2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS

The Task Force for the management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC)

Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC

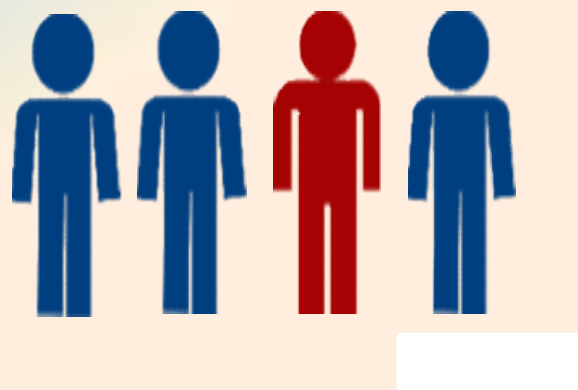
Endorsed by the European Stroke Organisation (ESO)

Authors/Task Force Members: Paulus Kirchhof* (Chairperson) (UK/Germany) Stefano Benussi*¹ (Co-Chairperson) (Switzerland), Dipak Kotecha (UK), Anders Ahlsson¹ (Sweden), Dan Atar (Norway), Barbara Casadei (UK), Manuel Castella¹ (Spain), Hans-Christoph Diener² (Germany), Hein Heidbuchel (Belgium), Jeroen Hendriks (The Netherlands), Gerhard Hindricks (Germany), Antonis S. Manolis (Greece), Jonas Oldgren (Sweden), Bogdan Alexandru Popescu (Romania), Ulrich Schotten (The Netherlands), Bart Van Putte¹ (The Netherlands), and Panagiotis Vardas (Greece)

1. Paulus Kirchhof ir kt. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. Eur Heart J; doi:10.1093/eurheartj/ehw210

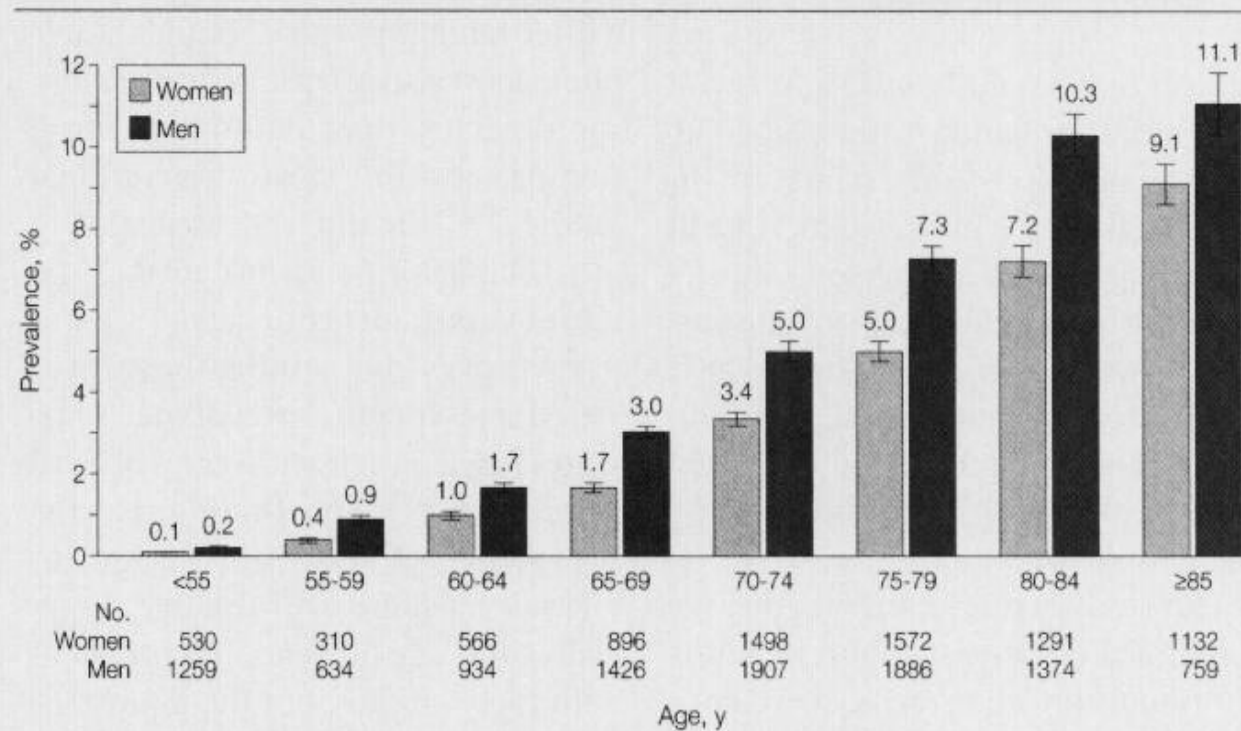
2016 ESC PV gairės: Prieširdžių virpėjimo dažnis ir paplitimas¹

- **1 iš 4** vidutinio amžiaus suaugusių Europoje ir JAV ateityje išsivystys PV
- Tarp suaugusių asmenų PV paplitimas yra ~ **3%** ir dažniau pasitaiko vyresniems bei sergantiems:
 - hipertenzija,
 - širdies nepakankamumu,
 - koronarine širdies liga,
 - širdies vožtuvų liga,
 - nutukimu,
 - cukriniu diabetu,
 - lėtine inkstų liga.
- PV paplitimo padidėjimas aiškinamas geresne **besimptomio PV diagnostika ir ilgėjančiu išgyvenamumu**. Vyresniame amžiuje dažniau pasitaiko būklės, nulemiančios PV atsiradimą



Prieširdžių virpėjimas ir amžius

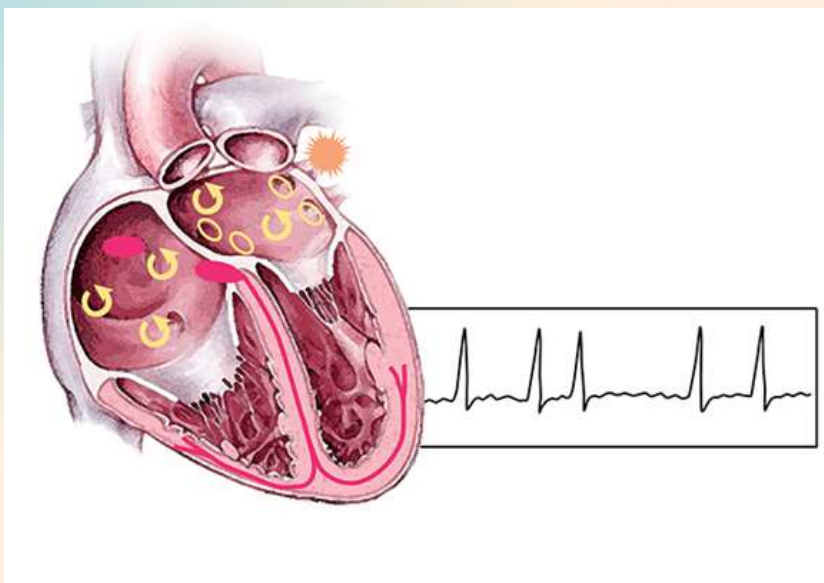
Figure 2. Prevalence of Diagnosed Atrial Fibrillation Stratified by Age and Sex



Errors bars represent 95% confidence intervals. Numbers represent the number of men and women with atrial fibrillation in each age category.

2016 ESC PV gairēs: Insultai ir PV

- 20 – **30%** insultu jvoksta dēļ PV
- Sergant PV **demencija** yra dažnesnė nei pacientams nesirgusiems insultu



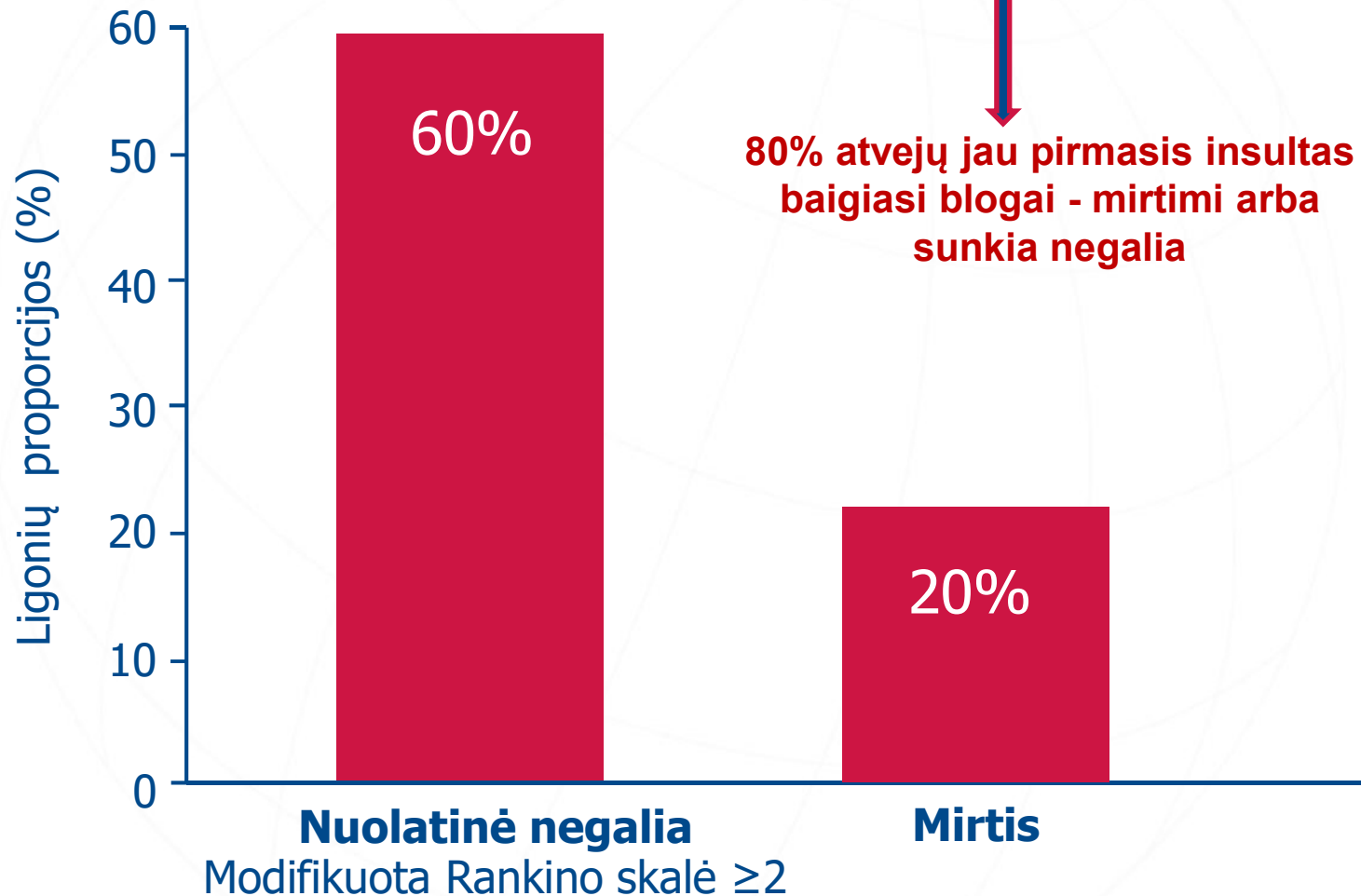
Prieširdžių virpėjimas sergančiųjų insultu tarpe Lietuvoje

- Lietuvos stacionaruose 2012 m. buvo 12986 insulto (pagrindinė liga, I60-I64) gydymo atvejai
 - iš jų 2738 turėjo prieširdžių virpėjimą (I48) – 21%

Kokia dalis sirgusių insultu turėjo nediagnozuotą paroksizminį PV ?

Išeminiai insultai, esant PV, linke sukelti nuolatinę negalią ar mirtį

Pirmojo išeminio insulto išeitys didelės rizikos* ligoniams esant PV (n=597)

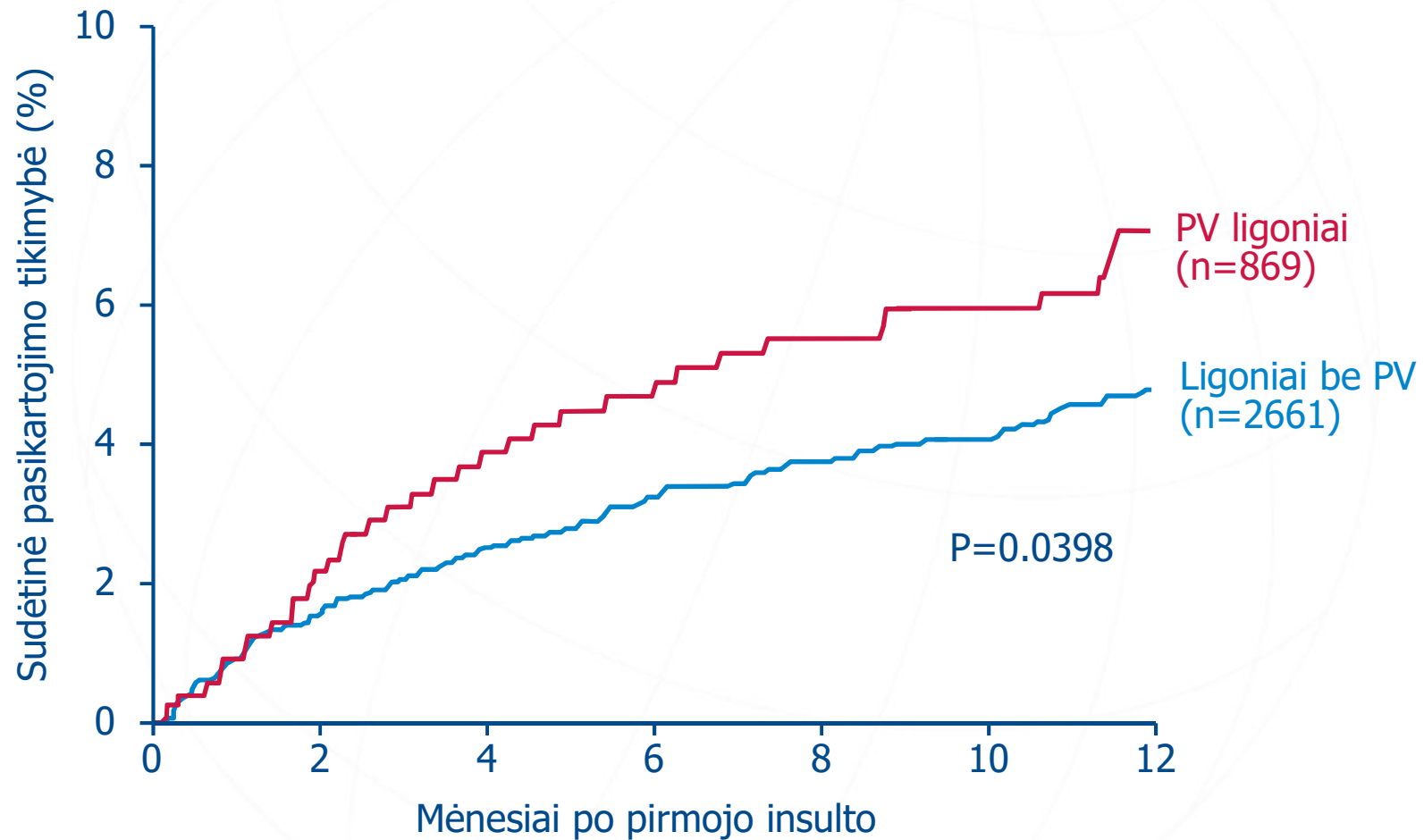


Gladstone DJ et al. Stroke 2009;40:235–40

* ankstesnis insultas, PSIP ar SE; hipertenzija; širdies nepakankamumas ar plaučių edema; amžius >75 m.

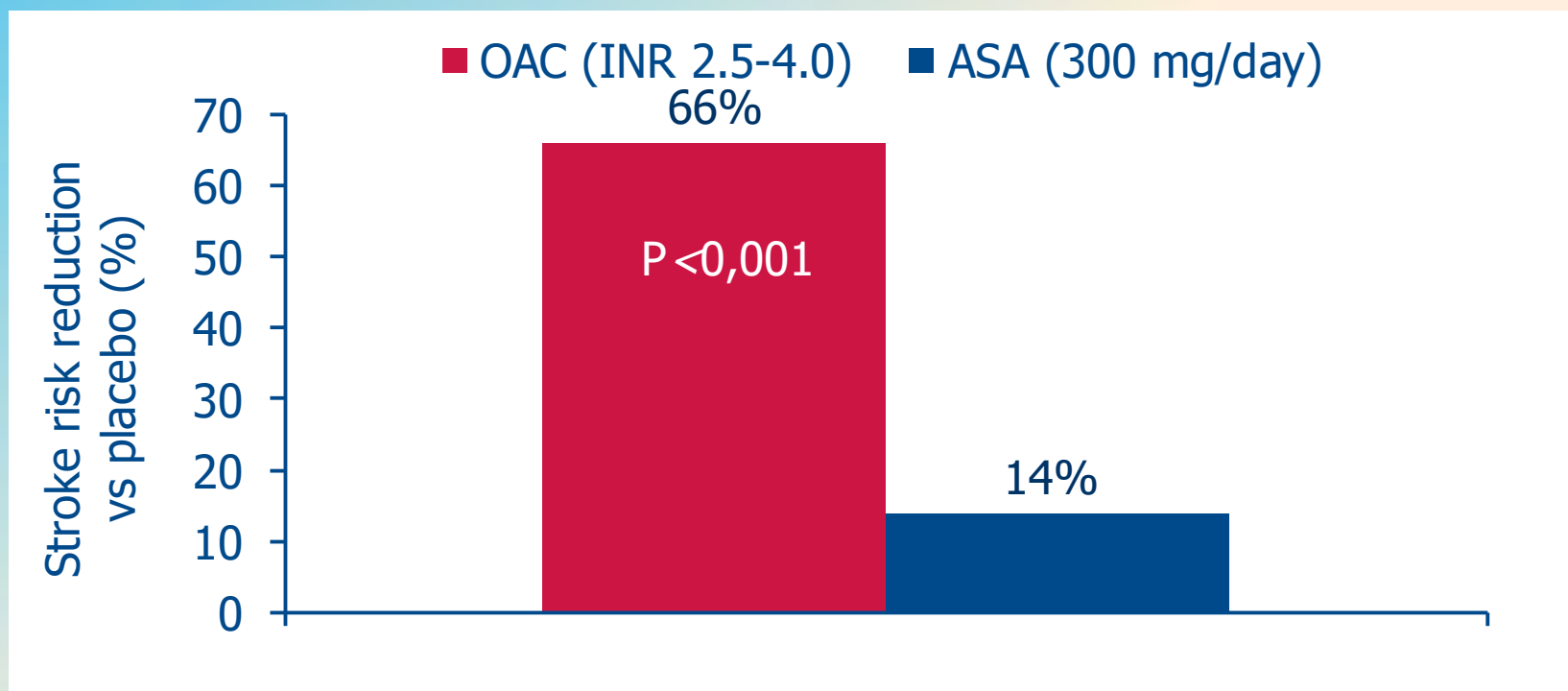
Išeminiai insultai, esant PV, yra labiau linkę kartotis

Insultų pasikartojimas



Insulto profilaktikai esant PV veiksmingiausi antikoaguliantai


- EAFT: Europos multicentrinis RKT
- 1007 ligoniai su nereumatinės kilmės PV ir neseniai įvykusių PSIP arba išeminiu insultu (vidut. stebėjimo laikas 2,3 m.)



OAC = geriam. antikoaguliantas; ASA – acetilsalicilo rūgštis (aspirinas).
EAFT Study Group. Lancet 1993;342:1255-62.

Insulto prevencijai pacientams, sergantiems PV, 2015-2016 m. gairėse nerekomenduojama skirti aspirino¹⁻²

2016 ESC PV gydymo gairės¹

Rekomendacijos insulto prevencijai pacientams su PV	Klasė ^a	Lygis ^b
Antiagregantai nėra rekomenduojami insulto prevencijai pacientams, sergantiems PV, nepriklausomai nuo insulto rizikos. 	III (kenksminga)	A

NICE 2015 PV gydymo kokybės standartai²

“Neskirti aspirino monoterapijos suaugusiems pacientams su PV insulto prevencijai. Aspirino monoterapijos rizika viršija bet kokią naudą insulto prevencijai pacientams su PV.”

1. P. Kirchhof ir kt. *Eur Heart J*. doi:10. 1093/eurheartj/ehw210. 2. NICE quality standard 93. Atrial fibrillation: treatment and management. guidance.nice.org.uk/qs93. Published July 2015.

^aRekomendacijos klasė;
^bIrodymų lygmuo.

Varfarino trūkumai

Neprognozuojamas atsakas

Siauras terapinis langas (INR 2-3)

Reguliari laboratorinė kontrolė

Lėta veikimo pradžia

Kasmetinis hemoragijų dažnis vartojant varfariną siekia ~ 1%

Dažnos dozių korekcijos

Dažna sąveika su maistu

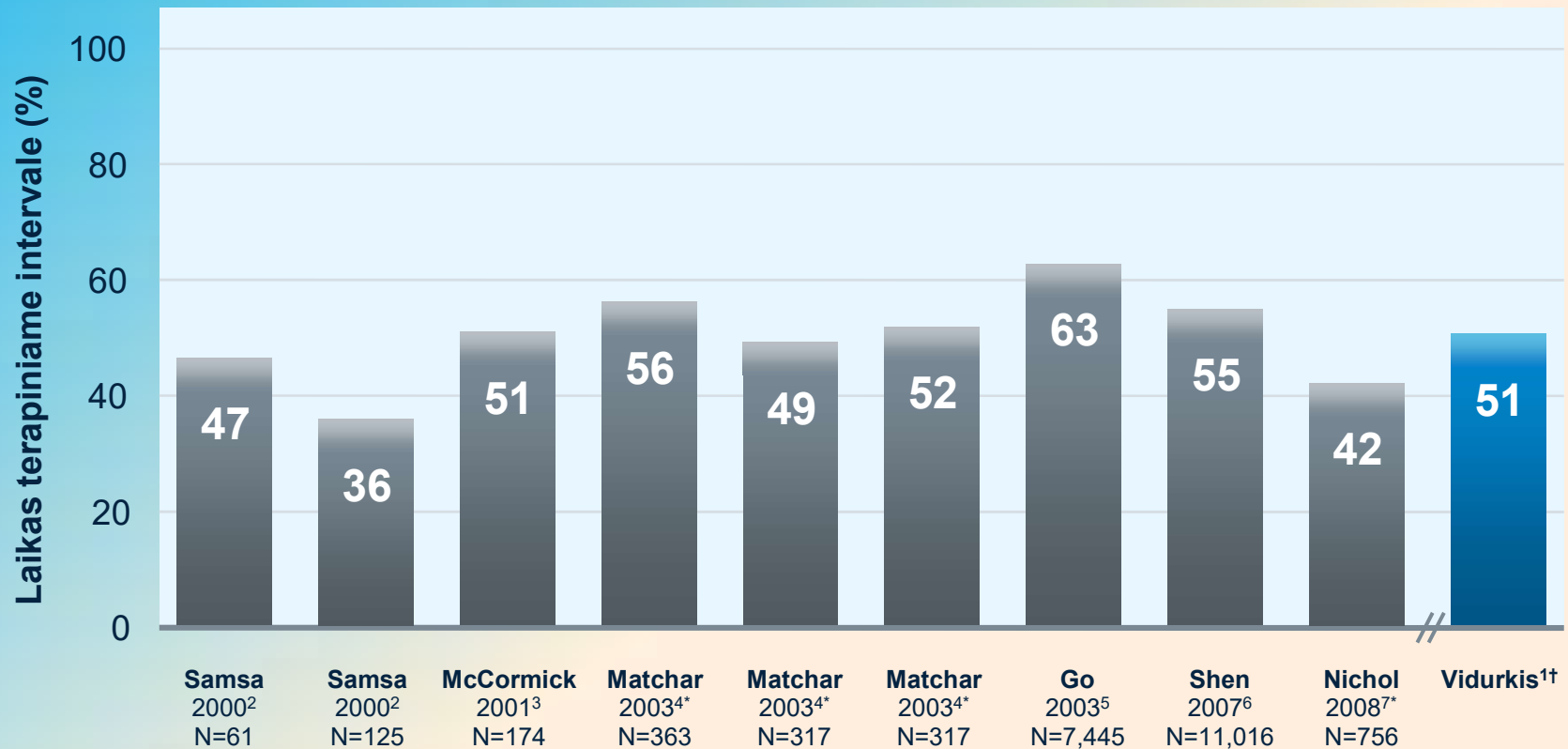
Dažna sąveika su kitais vaistais

Resistencija varfarinui

Rekomendacijos ir realybė

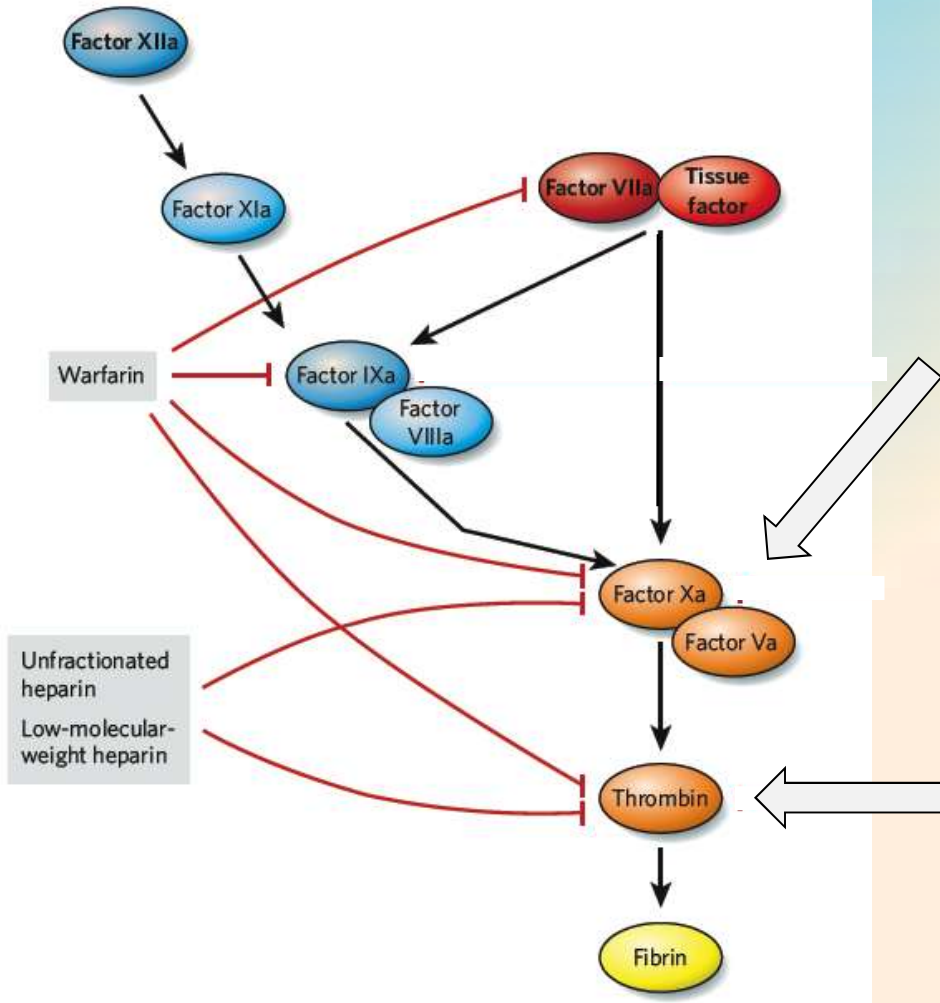
- Dėl vit.K antagonistinių antikoagulantų trūkumų **iki 50% ligonių, kuriems indikuotini OAK, jų nevartoja** (Rowan et al. JACC 2007)
- Reikšminga dalis pacientų nutraukia gydymą, nepaisant duotų rekomendacijų
 - patvirtina ir mūsų (VUL Santariškių klinikų) patirtis

Kiek laiko pavyksta palaikyti INR 2,0–3,0 intervale, skiriant varfariną praktikoje ?



1. Baker WL, et al. J Manag Care Pharm 2009;15:244-252.
2. Samsa GP, et al. Arch Intern Med 2000;160:967-973.
3. McCormick D, et al. Arch Intern Med 2001;161:2458-2463.
4. Matchar DB. Card Electrophysiol Rev 2003;7:379-381.
5. Go AS, et al. JAMA 2003;290:2685-2692.
6. Shen AY, et al. J Am Coll Cardiol 2007;50:309-315.
7. Nichol MB, et al. Ann Pharmacother 2008;42:62-70.

Nuo vit.K nepriklausantys antikoagulantai



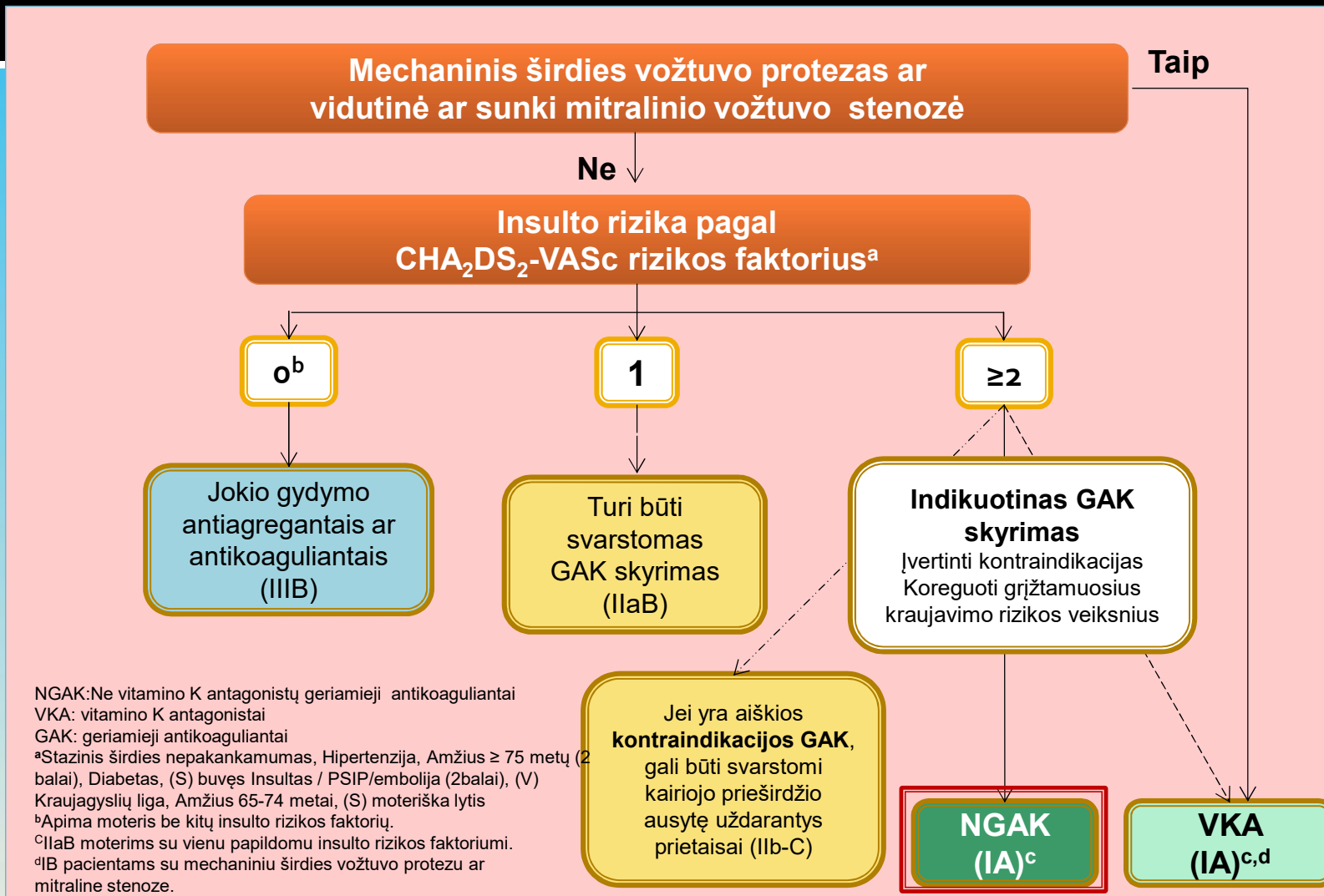
- ▶ Apiksabanas (ARISTOTLE)
- ▶ Edoksabanas (ENGAGE-AF)
- ▶ Rivaroksabanas (ROCKET)

- ▶ Dabigatranas (RE-LY)

Naujųjų antikoagulantų privalumai

- Ne blogesnis (arba geresnis) efektas už varfariną
- Paprasčiau vartoti, pastovi dozė
- Nereikia pastovios laboratorinės kontrolės
- Greitai pradeda veikti
- Mažesnė sąveika su kitais medikamentais ir maistu
- **Trūkumai:** kaina; kompensacijos nebuvimas; ribotos galimybės monitoruoti realią vaisto koncentraciją, ribotos indikacijos insulto prevencijai (tik PV)

2016 ESC PV gairės: Insulto prevencija pacientams, sergantiems PV



2016 ESC gairėse pacientams su NVPV insulto prevencijai pirmo pasirinkimo medikamentai yra NGAK¹

Rekomendacijos insulto prevencijai pacientams su PV	Klasė ^a	Lygis ^b
Tromboembolijos prevencijai visiems vyrams su PV rekomenduojamas gydymas geriamaisiais antikoagulantais, jei yra 2 ir daugiau balų pagal CHA₂DS₂-VASc skalę .	I	A
Tromboembolijos prevencijai visoms moterims su PV rekomenduojamas gydymas geriamaisiais antikoagulantais, jei yra 3 ir daugiau balų pagal CHA₂DS₂-VASc skalę .	I	A
VitKA gydymas (INR 2.0–3.0 ar didesnis) yra rekomenduojamas insulto profilaktikai pacientams su PV, esant vidutinei ar sunkiai mitralinio vožtuvo stenozei ar mechaniniam širdies vožtuvo protezui .	I	B
Pacientams su PV jau gydomiems vit KA galima galvoti apie gydymo keitimą į NGAK , jei LTI (TTR) nėra gerai kontroliuojamas, nepaisant gero gydymo režimo laikymosi, arba pacientui pasirinkus, jei nėra kontraindikacijų NGAK (t.y. mechaninio širdies vožtuvo protezo).	IIb	A
Kai pacientams su PV, kuriems pradedamas gydymas geriamaisiais antikoagulantais , yra tinkamas gydymas NGAK (apiksabanu, dabigatranu, edoksabanu ar rivaroksabanu), NGAK yra laikomi tinkamesniais nei Vit K A .	I	A

ESC: Europos kardiologų draugija (*angl. European Cardiology Society*);
 NVPV: nevožtuvinis prieširdžių virpėjimas
 Vit KA: vitamino K antagonistai;
 NGAK: ne vit K antagonistų geriamieji antikoagulantai;
 LTI (TTR): laikas terapiniame *intervale* (*angl. Time in Therapeutic Range*)

^aRekomendacijos klasė;
^bĮrodymų lygmuo.

2016 ESC PV gairės: Insulto, praeinančiojo smegenų išemijos priepuolio ir sisteminės embolijos klinikiniai rizikos veiksniai CHA₂DS₂-VASc skalėje¹

CHA ₂ DS ₂ -VASc rizikos veiksniai	Vertinimas
Stazinis širdies nepakankamumas	+1
Arterinė hipertenzija	+1
Amžius ≥75 metai	+2
Cukrinis diabetas	+1
Insultas/ PSIP/ tromboembolija anamnezėje	+2
Kraujagyslių ligos	+1
Amžius 65–74 metai	+1
Moteriška lytis	+1
Iš viso maksimaliai:	+9

CHA₂DS₂ -VASc skalės rizikos faktorių aprašymas:

Stazinis širdies nepakankamumas – širdies nepakankamumo požymiai/simptomai ar objektyviais tyrimais nustatytas kairiojo skilvelio išstūmimo frakcijos (KSIF) sumažėjimas

Arterinė hipertenzija – kraujo spaudimas ramybėje >140/90 mmHg, registruotas mažiausiai du kartus, ar gydoma arterinė hipertenzija.

Cukrinis diabetas – glikemija nevalgius 125 mg/dl (>7 mmol/l) arba pacientas vartoja peroralinius glikemiją mažinančius vaistus ir/ar insuliną

Kraujagyslių liga – persirgtas miokardo infarktas, periferinių arterijų liga ar aortos aterosklerozinė plokštelė

PSIP: praeinantysis smegenų išemijos priepuolis

1. Paulus Kirchhof ir kt. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. Eur Heart J; doi:10.1093/eurheartj/ehw210

Kraujavimo rizikos įvertinimas pagal HAS-BLED kriterijus

Rodiklis		Balai
Arterinė hipertenzija (sistolinis AKS ≥ 160 mmHg)	Nėra	0
	Yra	1
Inkstų ir kepenų funkcijos sutrikimas	Nėra	0
	Tik kepenų arba inkstų	1
	Kepenų ir inkstų	2
Insultas anamnezėje	Ne	0
	Taip	1
Kraujavimas anamnezėje	Ne	0
	Taip	1
Labilus TNS	Ne	0
	Taip	1
Amžius	< 65 m.	0
	≥ 65 m.	1
Piktnaudžiavimas alkoholiu arba kitų vaistų vartojimas (antiagregantai, nesteroidiniai vaistai nuo uždegimo)	Nėra	0
	Tik alkoholis arba vaistai	1
	Alkoholis ir vaistai	2
<i>Kraujavimo rizika: 0-2 balai: maža rizika, 3 balai ir daugiau: didelė rizika.</i>		SUMA

2016 ESC PV gairės: Kraujavimo rizikos vertinimas¹

- ✓ Gydomo geriamaisiais antikoaguliantais nereikėtų atsisakyti dėl didelio kraujavimo rizikos balo
 - ✓ Kraujavimo rizikos veiksnius reikia nustatyti, o koreguojamus – koreguoti

Modifikuojami ir nemodifikuojami kraujavimo rizikos veiksniai

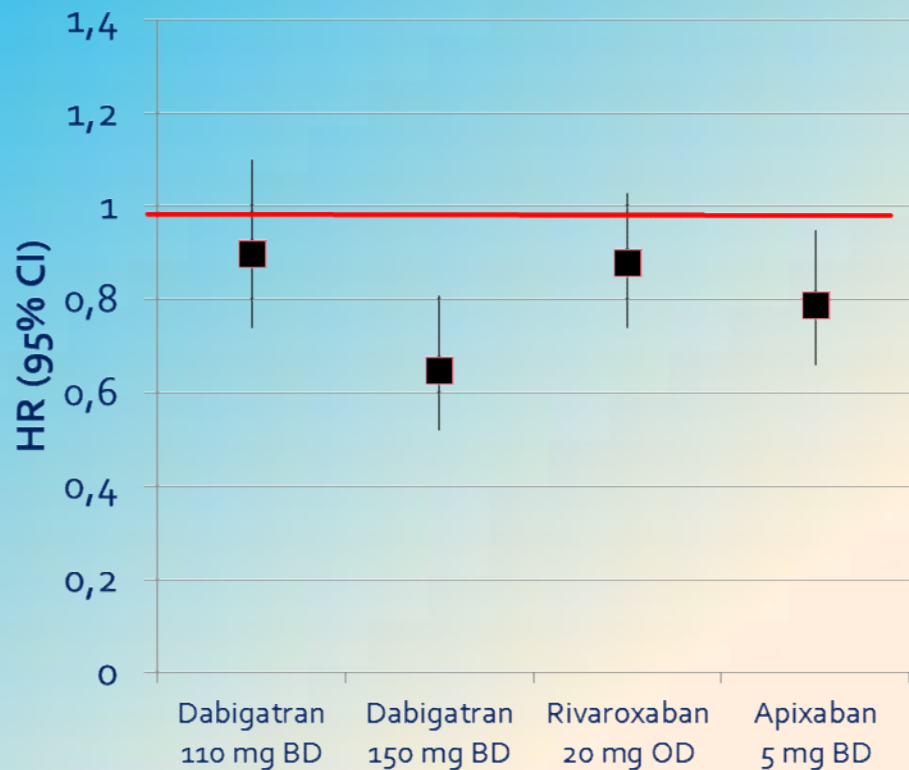
Modifikuojami kraujavimo rizikos veiksniai:
Arterinė hipertenzija (ypač, kai sistolinis kraujo spaudimas yra >160 mmHg)
Labilus TNS ar LTI (TTR) <60% pacientams, gydomiems vitamino K antagonistais
Vaistai, kurie didina kraujavimą, tokie kaip antiagregantai ir NVNU
Gausus alkoholio vartojimas (≥ 8 sutartinės alkoholio dozės/savaitę)
Iš dalies modifikuojami kraujavimo rizikos veiksniai:
Anemija
Inkstų funkcijos pažeida
Kepenų funkcijos pažeida
Sumažėjęs trombocitų skaičius ar funkcija

Nemodifikuojami kraujavimo rizikos veiksniai:
Amžius (>65 metų) (≥75 metų)
Sunkus kraujavimas anamnezėje
Insultas anamnezėje
Inkstų liga, reikalaujanti dializės, ar inkstų transplantacija
Kepenų cirozė
Onkologinė liga
Genetiniai veiksniai
Biomarkeriais pagrįsti kraujavimo rizikos veiksniai:
Didelio jautrumo troponinas
Augimo diferenciacijos faktorius-15
Serumo kreatininas/ kreatinino klirensas

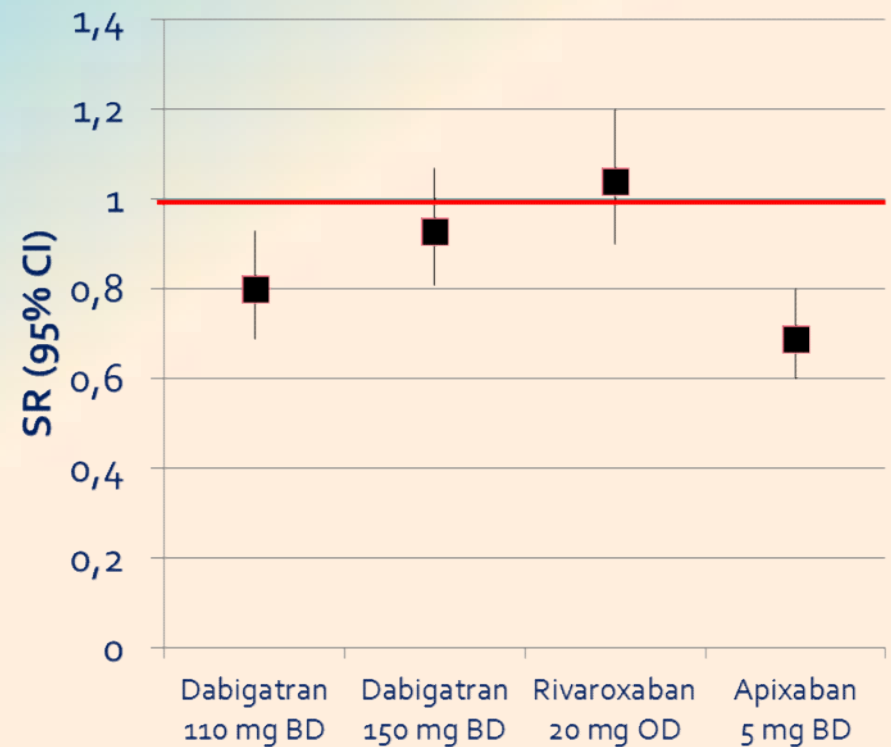
1. Paulus Kirchhof ir kt. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. Eur Heart J; doi:10.1093/eurheartj/ehw210

Saugumo ir efektyvumo rezultatai klinikiuose tyrimuose, lyginant NGAK su VKA

Insultas ar SE



Sunkus kraujavimas

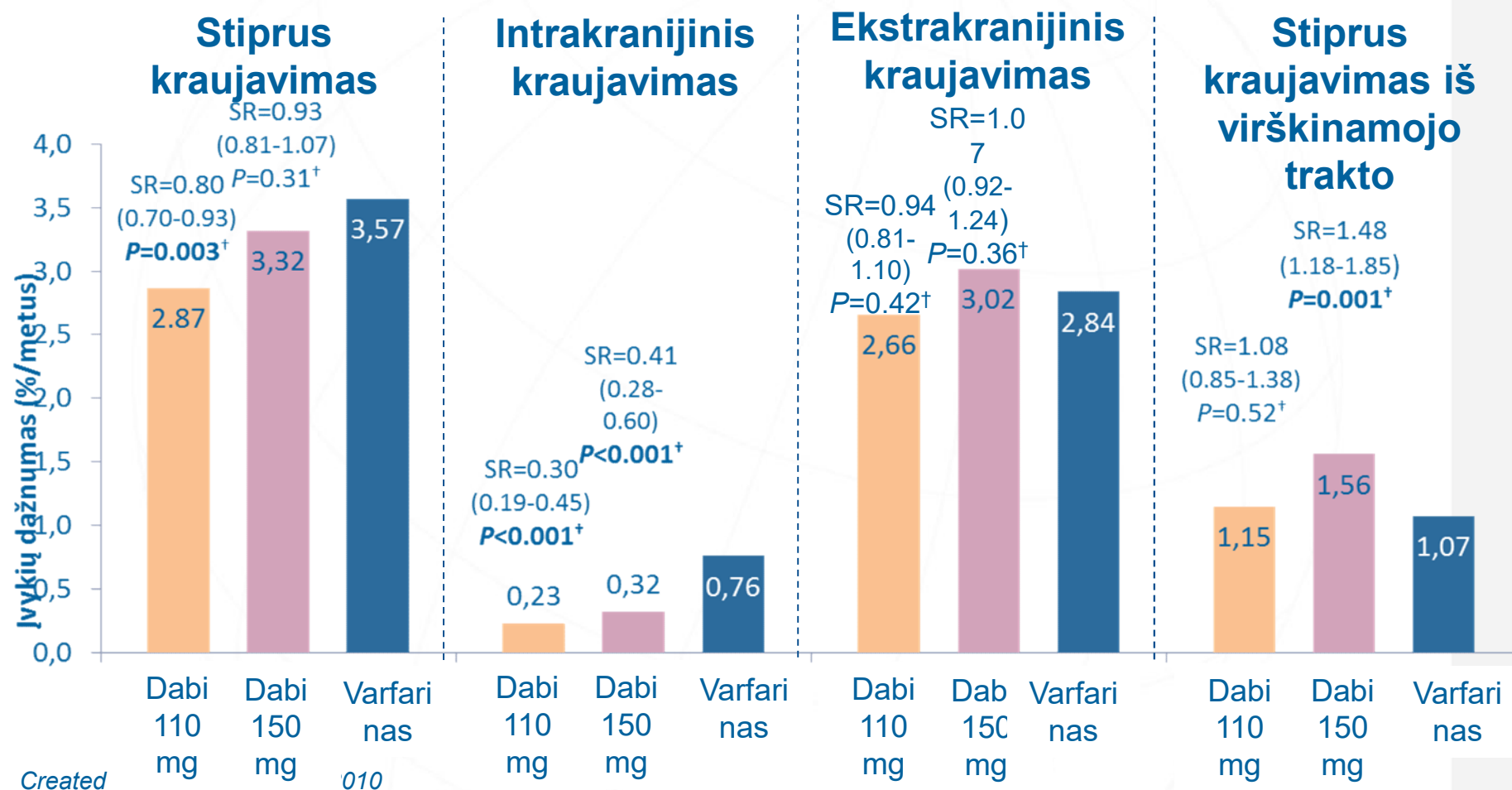


Nėra tiesioginių palyginamųjų klinikinių tyrimų tarp NGAK, todėl negalima lyginti rezultatų tarpusavyje.

SE: sisteminė embolija; HR: žalos santykis, (angl. HR: Hazard ratio); CI: pasitikėjimo intervalas

De Caterina ir kt. *JACC* 2012;59(16):1413–1425.

RE-LY – Kraujavimo pasireiškimas

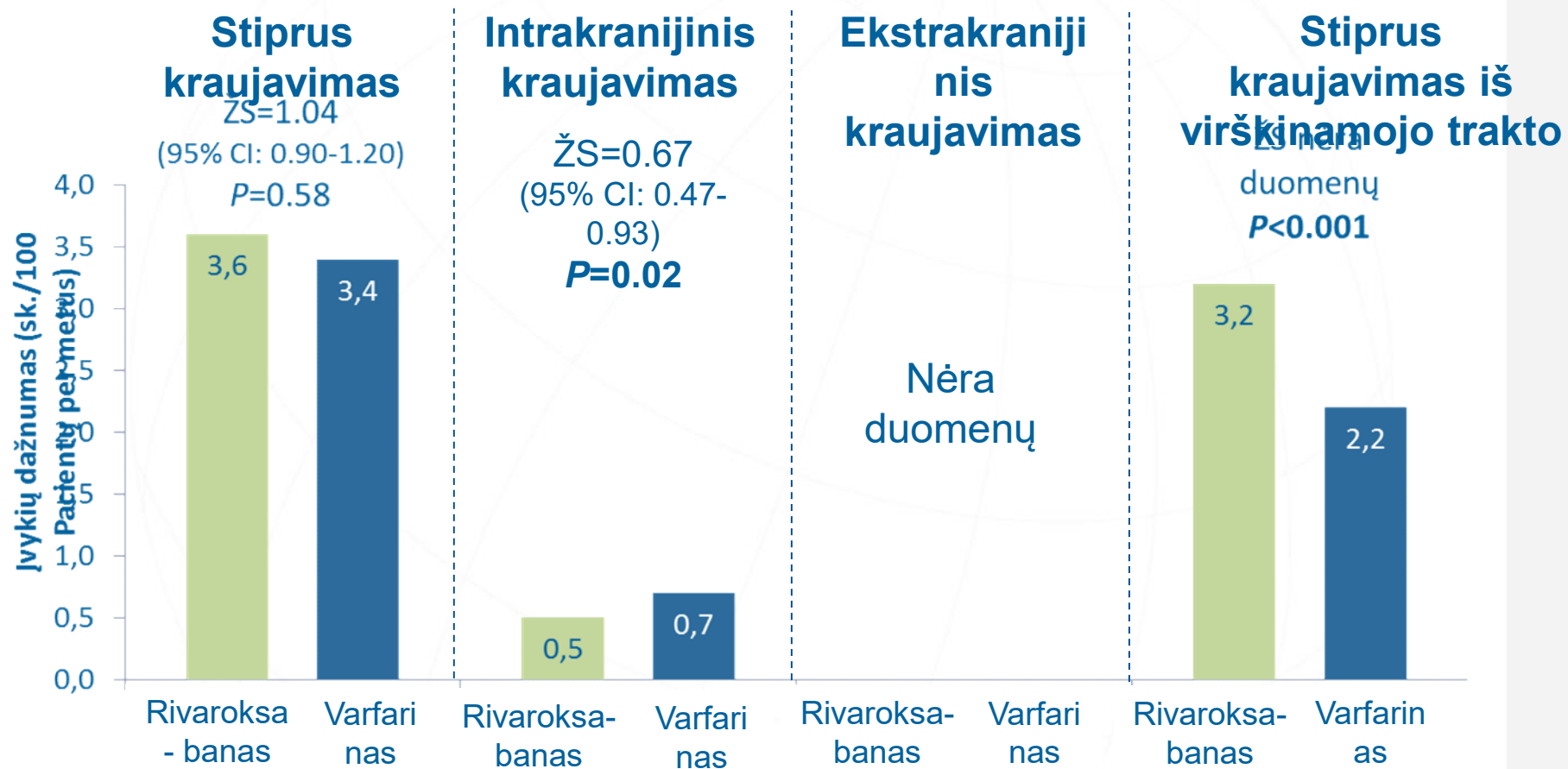


†Tyrimas nurodo santykinę riziką (95% patikimumo intervalas) ir P-vertę lyginant su Varfarinu.

dabi: dabigatranas; SR: santykinė rizika

• Connolly et al. *N Engl J Med.* 2009;361:1139–1151; Supplementary appendix to: Connolly et al. *N Engl J Med.* 2010;363:1875–1876.

ROCKET AF – Kraujavimo pasireiškimas



Sukurta iš Patel ir kl. 2011

ŽS: žalos santykis, (angl. HR: Hazard ratio)

Patel et al. *N Engl J Med.* 2011;365:883–891.

ARISTOTLE - Kraujavimo pasireiškimas

Stiprus kraujavimas

Intrakranijinis kraujavimas

Ekstrakranijinis

Stiprus kraujavimas iš virškinamojo trakto

ESC 2016 Rekomendacijos kraujavimo valdymui

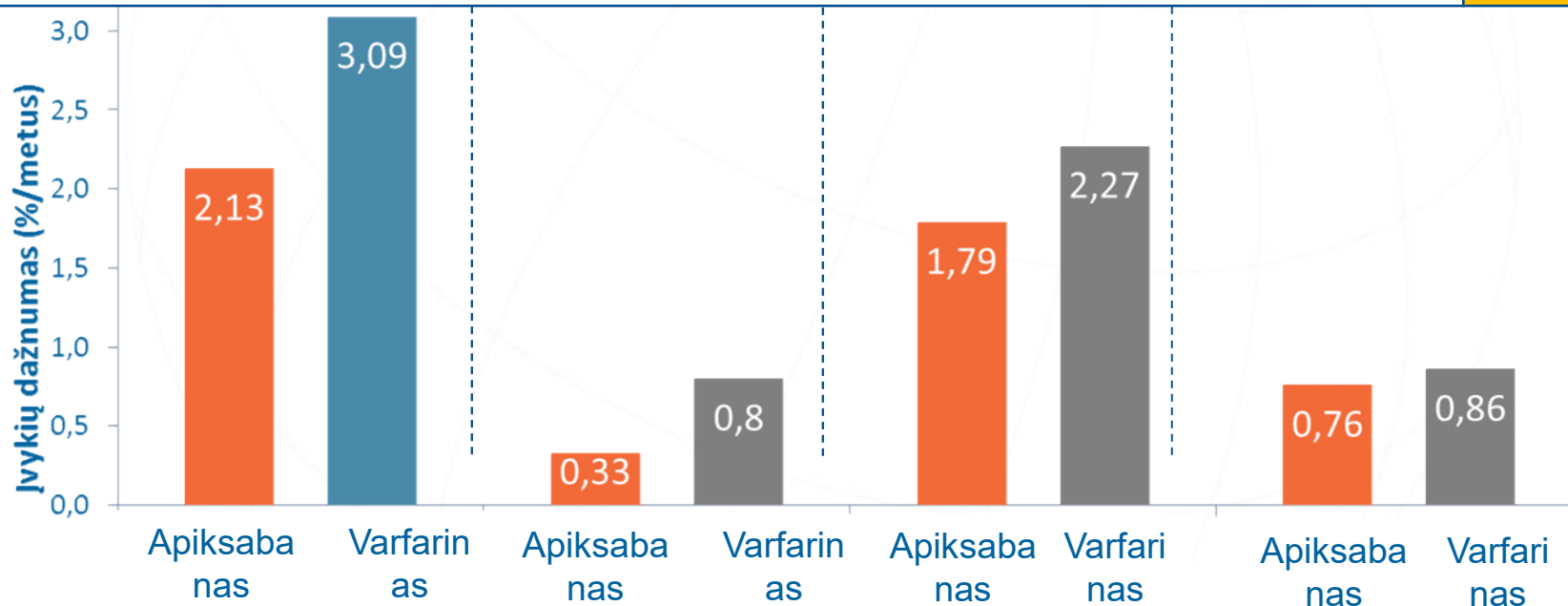
Klasė
a

Lygis
b

Pacientams su didele gastrointestinio (GI) kraujavimo rizika pirmenybė skiriama VKA ar kitam NGAK, o ne dabigatranui 150mg 2k/d, rivaroksabanui 20mg 1k/d ar edoksabanui 60mg 1 k/d.

Ila

B



ŽS: žalos santykis, (angl. HR: Hazard ratio)

Sukurta iš Granger ir kt. 2011

Granger et al. *N Engl J Med.* 2011;365:981–992.

JAV retrospektyvinis realios klinikinės praktikos duomenų bazės tyrimas (OptumLabs Data Warehouse) įvertinti insulto prevencijos efektyvumą ir saugumą pacientams su PV

-
- Xiaoxi Yao, PhD; Neena S. Abraham, MD, MSCE; Lindsey R. Sangaralingham, MPH; M. Fernanda Bellolio, MD, MS; Robert D. McBane, MD;
 - Nilay D. Shah, PhD; Peter A. Noseworthy, MD

Efektyvumo ir saugumo tyrimo tikslai

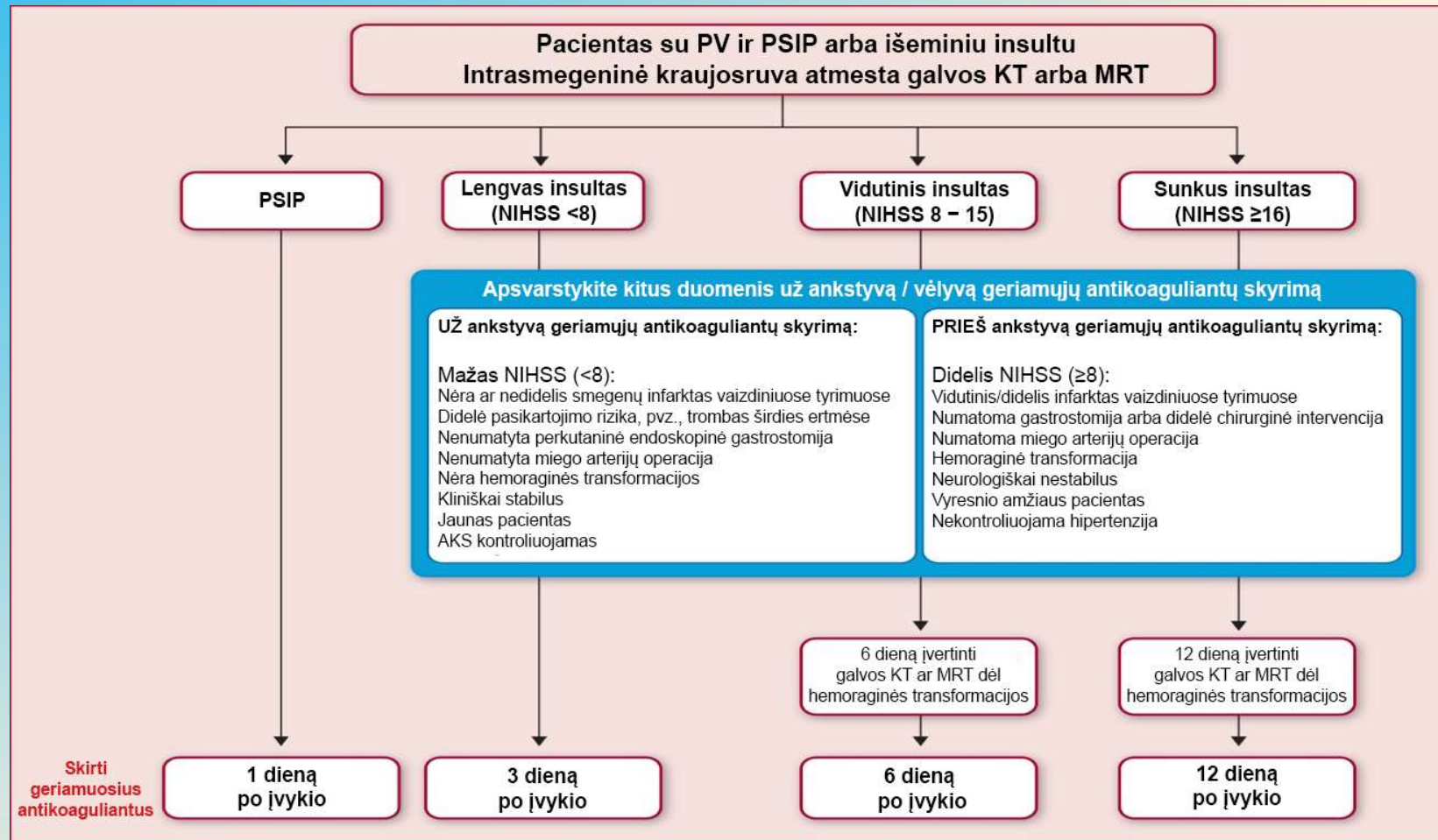
- **Pagrindinis efektyvumo tyrimo tikslas** – insultas ar sisteminė embolija, įskaitant ir išeminį insultą, hemoraginį insultą
- **Pagrindinis saugumo tyrimo tikslas** – sunkūs kraujavimai, įskaitant kraujavimą iš virškinamojo trakto, į kaukolės ertmę, kraujavimą iš kitų vietų

JAV retrospektyvinio realios klinikinės praktikos duomenų bazės tyrimo (OptumLabs Data Warehouse) apibendrinimas

Šios didelės JAV retrospektyvinės realios klinikinės praktikos analizės rezultatai rodo, kad NVPV pacientams, **lyginant su varfarinu**:

- **Apiksabanas** buvo susijęs su **mažesne rizika patirti ir insultą, ir sunkų kraujavimą**
 - Mažesnė kraujavimo į kaukolės ertmę rizika
 - Mažesnė kraujavimo iš virškinimo trakto rizika
- **Dabigatranas** buvo susijęs su **panašia insulto rizika, bet mažesne sunkaus kraujavimo rizika**
 - Mažesnė kraujavimo į kaukolės ertmę rizika
 - panaši kraujavimo iš virškinimo trakto rizika
- **Rivaroksabanas** buvo susijęs su **panašia ir insulto, ir sunkaus kraujavimo rizika**
 - Mažesnė kraujavimo į kaukolės ertmę rizika
 - didesnė kraujavimo iš virškinimo trakto rizika

Kada pradėti antikoaguliantus po insulto ar PSIP esant PV ?



PV = prieširdžių virpėjimas; KT = kompiuterinė tomografija; NIHSS = Nacionalinių sveikatos institutų insulto sunkumo skalė; PSIP = praeinantis smegenų išemijos priepuolis

Antikoagulantai po hemoraginio insulto

- Klinikinių duomenų trūksta
 - šviežia intrakranijinė kraujosruva yra kontraindikacija geriamiesiems antikoagulantams
 - EHRA nuorodos (2013): **GAK galima atnaujinti praėjus 10-14 dienų** po ICK, jei kardioembolijos rizika yra didelė, o naujos ICK rizika laikoma neaukšta
 - manoma, kad **pradėti GAK po ICK saugu praėjus 10 sav. – 6 mėn.**
- Pro: giluminė ICK, reikalinga antrinė profilaktika, dideli CHADS₂ įverčiai, mechaniniai vožtuvai, hiperkoaguliacinė būklė
- Kontra: lobarinė (paviršinė) ICK, daugybiniai mikrokraujavimai MRT, maži CHADS₂ balai

LVMPPKK projekte nustatytos NGAK kompensavimo sąlygos¹

Gydymas gali būti skiriamas tik esant **3** ir daugiau insulto rizikos balams pagal CHA₂DS₂ – VASc insulto rizikos vertinimo skalę¹

Gydymas varfarinu neefektyvus, kai:

- 3 ar daugiau mėnesių pacientams nepavyksta parinkti tinkamos varfarino dozės;
- jei dvi TNS (INR) vertės > nei 5 ar viena TNS (INR) vertė > nei 8 per pastaruosius 6 mėnesius;
- arba dvi TNS vertės < nei 1,5 per pastaruosius 6 mėnesius ;
- arba TTR mažesnis nei 65%.

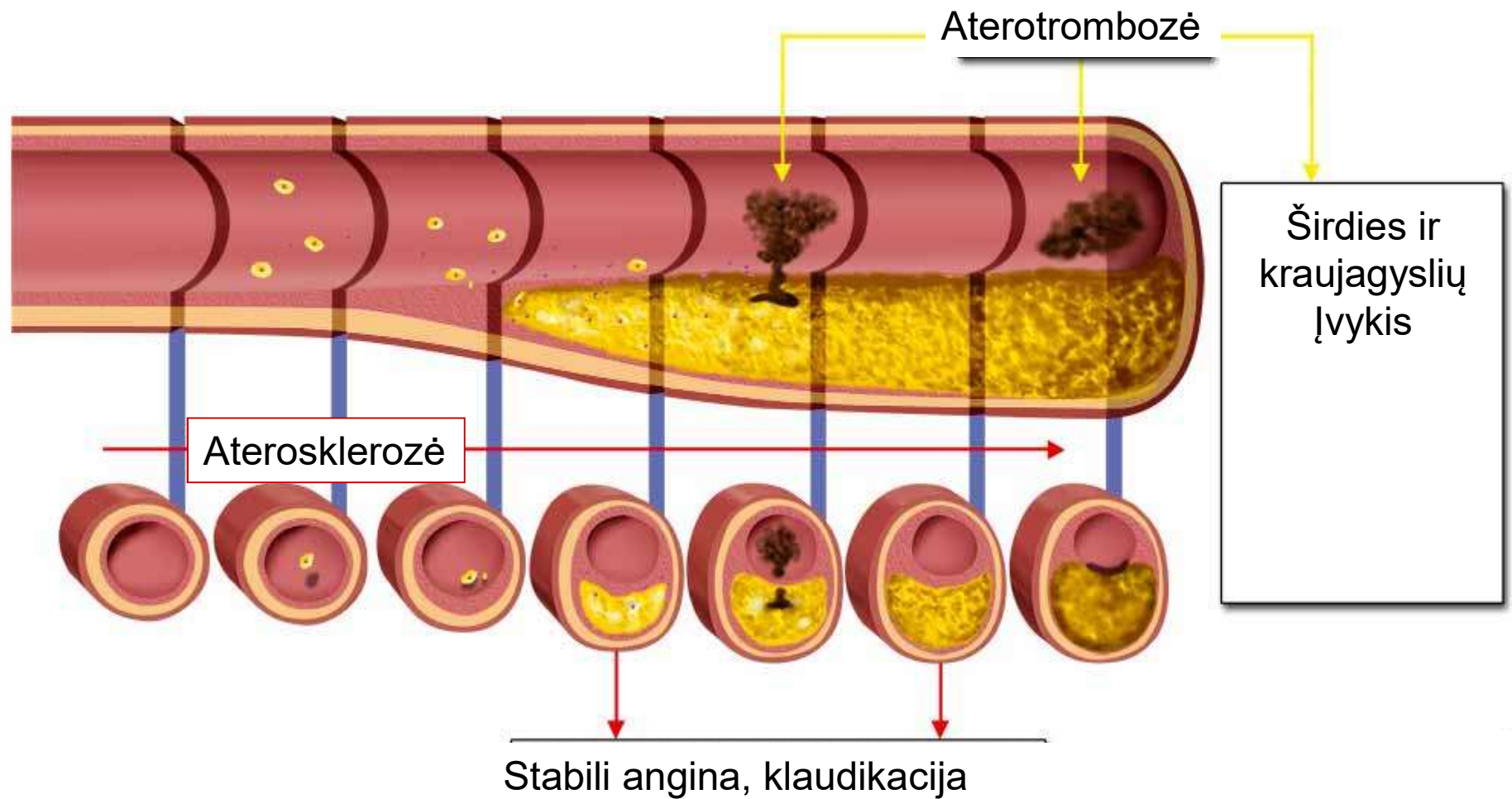
Vaistinius preparatus apiksabaną, dabigatraną eteksilatą, rivaroksabaną pirmus 3 mėnesius skiria ir išrašo **gydytojas kardiologas,**
vėliau – kardiologas, šeimos arba vidaus ligų gydytojas.

TNS (INR): tarptautinis normalizuotas santykis (*angl. International Normalised Ratio*)

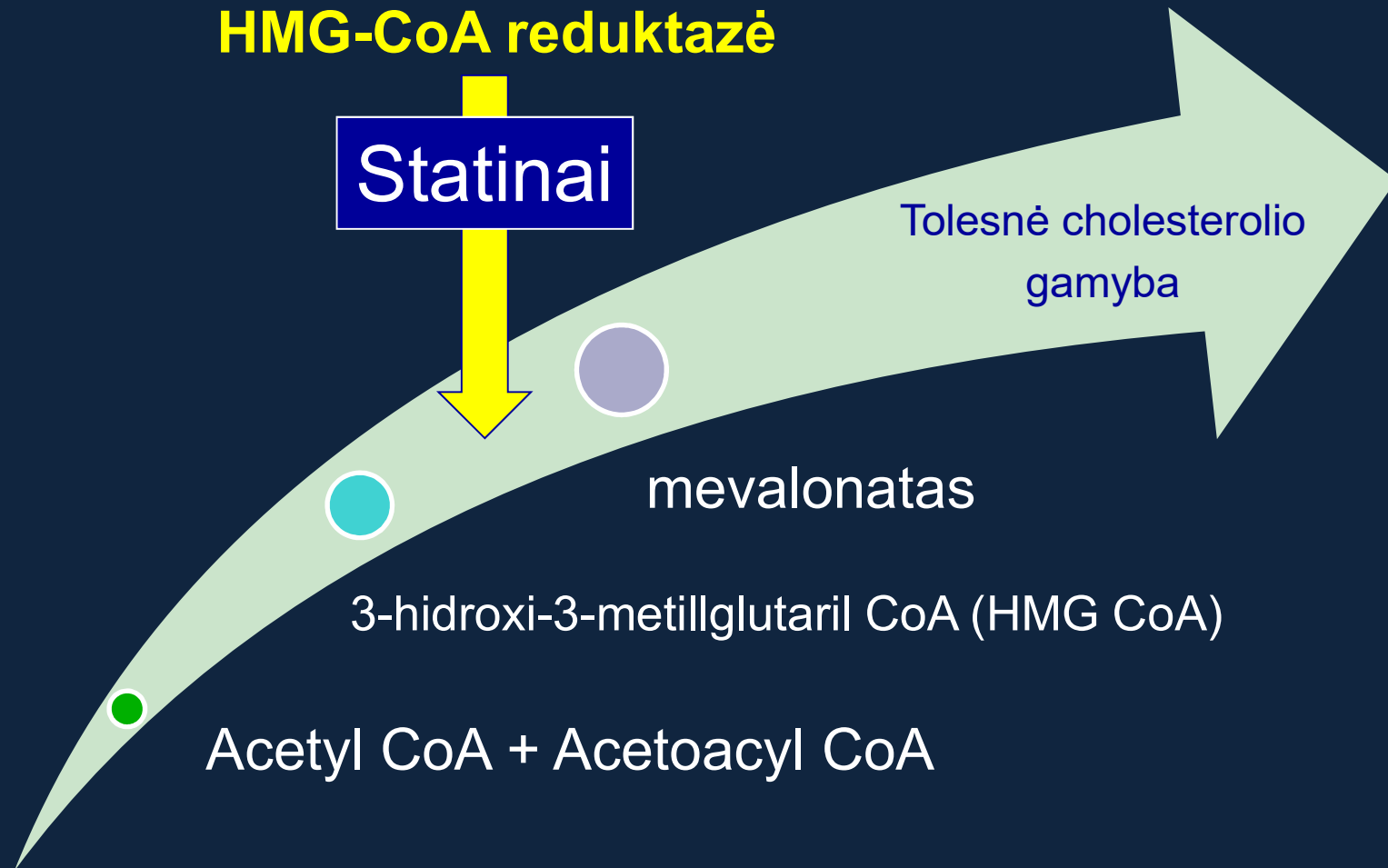
TTR: laikas terapiniame intervale (*angl. Time in Therapeutic Range*)

1. http://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Struktura_ir_kontaktai/Darbo_grupes_ir_komisijos/Ligu_ir_vaistu_kompensavimo_komisija/Protokolai_ir_darbotvarkes/2016/2016-03-30%20protokolai.pdf

Aterotrombozė: generalizuota ir progresuojanti liga



Cholesterolio gamyba organizme



Vaistų poveikis į kraujo lipidus

Vaistai	MTL Ch	Tg	DTL C
Ezetimibas	↓ 15-20%	↔	↔ (↑ 5%)
Statinai	↓ 20-60%	↓ 10-30%	↑ 5-10%
Fibratai	↔, ↑, ↓ 0-5%*	↓ 20-50%	↑ 5-10%
Omega 3 RR	↔, ↑	↓ 10-30%	↔, (↑ 0-5%)

↔ - įvairūs efektai, * - ↑ MTL Ch dydį

Lipidologijos kongresas Viena, 2014 m.

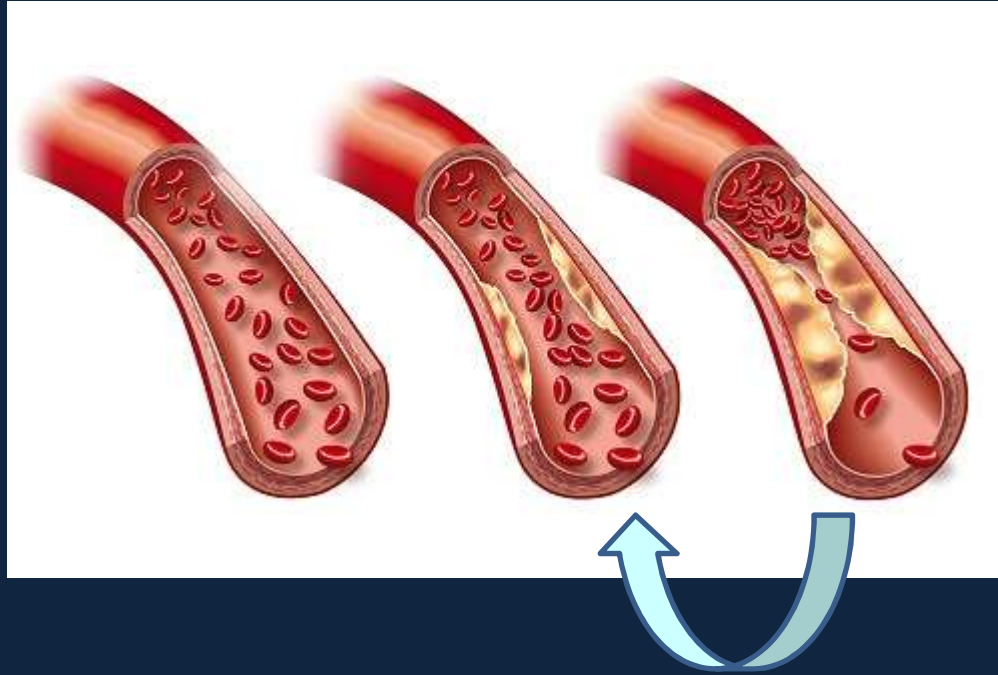
Statinų ekvivalentinės dozės mažinant MTL

Statinas	MTL-cholesterolio sumažinimas, %				
	5	10	20	40	80
Dozė (mg/dienai)					
Atorvastatinas	–	37% ²	43% ³	49% ³	55% ³
Fluvastatinas	–	–	21% ¹	27% ¹	33% ²
Rozuvastatinas	38% ²	43% ³	48% ³	53% ³	–
Simvastatinas	–	27% ¹	32% ²	37% ²	42% ³

¹ 20–30% sumažinimas: mažo intensyvumo statinų terapija

² 31–40% sumažinimas: vidutinio intensyvumo statinų terapija

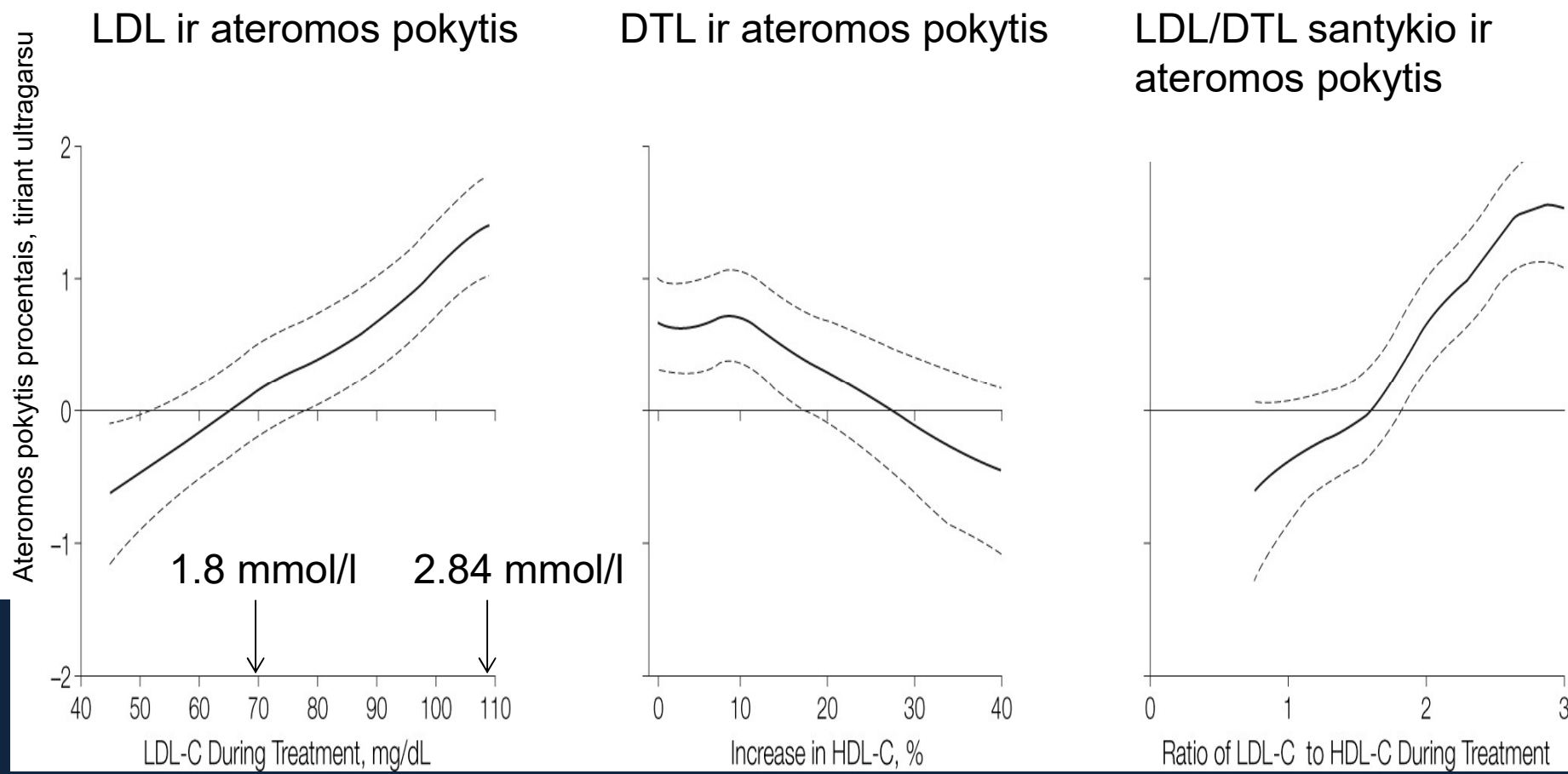
³ >40% sumažinimas: DIDELIO intensyvumo statinų terapija
(atorvastatinas 20, 40 arba 80 mg)



?

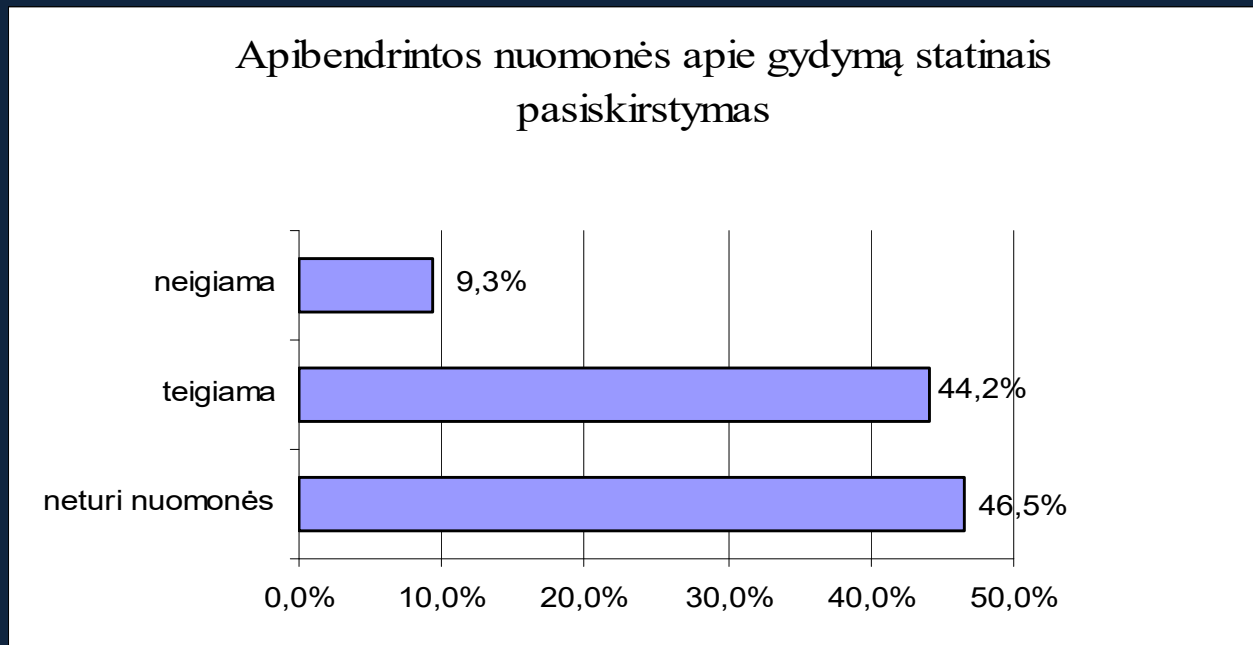
Mažėjant MTL, mažėja ateromos tūris

Nichols SJ, Tuzcu MJ, Sipahi I et al. Statins, High-Density Lipoprotein Cholesterol, and Regression of Coronary Atherosclerosis. JAMA. 2007;297(5):499-508.



4 gydymo statiniais klinikinių tyrimų metaanalizė, vidutinė gydymo trukmė 4 metai

Pacientų nuomonės apie statinus apibendrinimas



Miliauskienė, Ginta; Jogminienė, Sonda; Urbonas, Gediminas.

Pacientų žinių dislipidemijos gydymo tikslus ir nuomonės apie gydymą statiniais tyrimas
LSMU Šeimos medicinos klinikos rezidentų XVI-oji metinė mokslinė konferencija : 2014 gegužės 21, Kaunas :
Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, 2014.

Nuo 2015-12-31 statinai* kompensuojami ir insulto profilaktikai

Diagnozė (kompensacijos proc.)	TLK kodas	Kompensacijos sąlygos
Lipoproteinų apykaitos sutrikimai ir kitos lipidemijos (80 %)	E78	Skiria ir išrašo gydytojas kardiologas, vidaus ligų ar šeimos gydytojas asmenims pagal Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programą, jei jų MTL cholesterolis $\geq 3,0$ mmol/l.
Miokardo infarktas (80 %)	I21, I22	Skiria ir išrašo gydytojas kardiologas, vidaus ligų ar šeimos gydytojas, jei pagal lipidogramą MTL cholesterolis $\geq 1,8$ mmol/l. Skiriama iki 6 mėnesių laikotarpiui.
Persirgta miokardo infarktas (80 %)	I25.2	Gydytojas kardiologas, vidaus ligų ar šeimos gydytojas tęsia gydymą statinu po ūminio miokardo infarkto arba skiria ir išrašo gydytojas kardiologas, vidaus ligų ar šeimos gydytojas, jei statinas nebuvo paskirtas esant ūminiam miokardo infarktui, ir pagal lipidogramą MTL cholesterolis $\geq 1,8$ mmol/l.
Po širdies kateterinio arba chirurginio gydymo ir po inkstų persodinimo (80 %)	Z95.1, Z95.5	Skiria ir išrašo gydytojas kardiologas, jei pagal lipidogramą MTL cholesterolis $\geq 1,8$ mmol/l, vėliau gali išrašyti vidaus ligų ar šeimos gydytojas.
Nestabili krūtinės angina (80 %)	I20.0	Skiria ir išrašo gydytojas kardiologas, jei pagal lipidogramą MTL cholesterolis $\geq 1,8$ mmol/l, vėliau gali išrašyti vidaus ligų ar šeimos gydytojas. Skiriamas nuolatiniam gydymui.
III ir IV funkcinės klasės krūtinės angina (80 %)	I20.8	Skiria ir išrašo gydytojas kardiologas, vidaus ligų ar šeimos gydytojas, jei pagal lipidogramą MTL cholesterolis $\geq 1,8$ mmol/l ir stabilios krūtinės anginos diagnozė yra patvirtinta EKG arba vaizdiniais krūvio mėginiais, invazine ar neinvazine vainikinių arterijų angiografija.
Smegenų infarktas (80 %)	I63	Skiria ir išrašo gydytojas neurologas, vidaus ligų ar šeimos gydytojas, jei pagal lipidogramą MTL cholesterolis $\geq 1,8$ mmol/l.
Praeinantieji (tranzitiniai) smegenų išemijos priepuoliai ir su jais susiję sindromai (80 %)	G45	Skiria ir išrašo gydytojas neurologas , jei pagal lipidogramą MTL cholesterolis $\geq 1,8$ mmol/l, vėliau gali išrašyti vidaus ligų ar šeimos gydytojas.
Galvos smegenų ir priešsmegeninių (precerebrinių) arterijų užsikimšimas ar susiaurėjimas (50 % komp.) (nauja diagnozė kompens. vaistinių preparatų kainyne)	I65, I66	Skiria ir išrašo gydytojas neurologas ar kardiologas , jei pagal lipidogramą MTL cholesterolis $\geq 1,8$ mmol/l, vėliau gali išrašyti vidaus ligų ar šeimos gydytojas.

* Atorvastatinas, Rozuvastatinas, Simvastatinas ir Fluvastatinas kompensuojami vienodomis sąlygomis

LR SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRAS
ĮSAKYMAS (2015 m. gruodžio 29 d. Nr. V-1535)



LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRAS

ĮSAKYMAS

DĖL LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRO 2000 M. SAUSIO 28 D. ĮSAKYMO NR. 49 „DĖL KOMPENSUOJAMŲJŲ VAISTŲ SĄRAŠŲ PATVIRTINIMO“ PAKEITIMO

2016 m. lapkričio 21 d. Nr. V-1300
Vilnius

p a k e i č i u Ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti sąrašą (A sąrašą), patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymu Nr. 49 „Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“:

1. Pakeičiu VI skyriaus „NERVŲ SISTEMOS LIGOS“ 8 skirsnio „Praeinantieji (tranzitiniai) smegenų išemijos priepuoliai ir su jais susiję sindromai (80 %)“ 8.3 papunktį ir jį išdėstau taip:

„8.	3.	Atorvastatinum	G45	Skiria ir išrašo gydytojas neurologas, jei pagal lipidogramą MTL cholesterolis $\geq 1,8$ mmol/l, vėliau gali išrašyti vidaus ligų ar šeimos gydytojas. Skiriamas nuolatiniam gydymui.“
-----	----	----------------	-----	---

6. Pakeičiu IX skyriaus „KRAUJOTAKOS SISTEMOS LIGOS“ 7 skirsnio „Smegenų infarktas (80 %)“ 7.5 papunktį ir jį išdėstau taip:

„7.	5.	Atorvastatinum	I63, I69.3	Skiria ir išrašo gydytojas neurologas, vidaus ligų ar šeimos gydytojas, jei pagal lipidogramą MTL cholesterolis $\geq 1,8$ mmol/l.“
-----	----	----------------	------------	---

Galioja atorvastatinui, rosuvastatinui, simvastatinui, fluvastatinui

Ačiū už dėmesį

Stroke Prevention

