

**DALŠÍ POKUS O POHLED DO ŠEDÉ ZÓNY, ANEB
UPDATE DOPORUČENÍ ESC Z R. 2019 (2025) PRO
LÉČBU DYSLIPIDEMIÍ**

Jan Piňha

Klinika kardiologie IKEM/Laboratoř pro výzkum aterosklerózy,

Praha

9. SJEZD ČESKÉ ASOCIACE AMBULANTNÍCH KARDIOLOGŮ

17.1.2025

2025 Focused Update of the 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias

- **Pro odhad kardiovaskulárního rizika nově používat SCORE2 a SCORE2-OP**
- **Novinky v terapii snižující hladinu LDL-C a nové léky (kyselina bempedoová a evinacumab)**
- **Doporučení pro hypolipidemickou terapii u hospitalizovaných pacientů s AKS**
- **Doporučení k Lp(a)**
- Doporučení pro léčbu pacientů s hypertriglyceridemií
- Doporučení pro statinovou terapii v prim. prevenci ASKVO u osob s infekcí HIV
- Doporučení pro léčbu statiny u pacientů se zhoubnými nádory léčených chemoterapií s vysokým nebo velmi vysokým rizikem kardiovaskulární toxicity
- Doporučení pro doplňky stravy

2025 Focused Update of the 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias

- Pro odhad kardiovaskulárního rizika nově používat SCORE2 a SCORE2-OP
- Novinky v terapii snižující hladinu LDL-C a nové léky (kyselina bempedoová a evinacumab)
- Doporučení pro hypolipidemickou terapii u hospitalizovaných pacientů s AKS
- Doporučení k Lp(a)
- Doporučení pro léčbu pacientů s hypertriglyceridemií
- Doporučení pro statinovou terapii v prim. prevenci ASKVO u osob s infekcí HIV
- Doporučení pro léčbu statiny u pacientů se zhoubnými nádory léčených chemoterapií s vysokým nebo velmi vysokým rizikem toxicity
- Doporučení pro doplňky stravy

Recommendation Table 8 — Recommendations for dietary supplements (see also [Supplementary data online, Evidence Table 8](#))

Recommendation	Class ^a	Level ^b
Dietary supplements or vitamins without documented safety and significant LDL-C-lowering efficacy are not recommended to lower the risk of ASCVD. ^{10,11}	III	B

© ESC/EAS 2025

Novější algoritmy odhadu ASKVO rizika

SCORE2 risk prediction algorithms

1. Model development

Sex-specific, competing risk-adjusted risk models derived in 45 prospective cohorts in 13 countries (~680,000 individuals, and ~30,000 CVD events)

Recalibration to four risk regions in Europe using age-, sex-, and region-specific risk factor values and CVD incidence rates (derived using data on ~10.8 million individuals)

2. Model validation

External validation in 25 prospective cohorts in 15 European countries (~1.1 million individuals, and ~43,000 CVD events)

C-indices ranged from 0.67 (95% confidence interval [CI] 0.65-0.68) to 0.81 (95% CI 0.76-0.86)

SCORE2 risk prediction algorithms key features



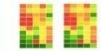
Sex-specific risk prediction models



Estimate 10-year risk of fatal and non-fatal CVD



Calibrated to the most contemporary and representative CVD rates



Available for four distinct European risk regions



Can be rapidly updated to reflect future CVD incidence and risk factor profiles



Individual example

Patient risk factors:

50 years old
Smoker
SBP: 140 mmHg
Cholesterol: 5.5 mmol/L
HDL-c: 1.3 mmol/L



10-year risk depending on risk region

Low risk	Moderate risk	High risk	Very high risk	Low risk	Moderate risk	High risk	Very high risk
4.2%	5.1%	6.9%	13.7%	5.9%	7.5%	8.1%	14.0%

SCORE2-OP: estimating incident cardiovascular event risk in older persons in four geographical risk regions

1. Model derivation

Competing risk-adjusted, sex-specific coefficients were derived in ~28,500 participants from the prospective CONOR study

2. Model recalibration

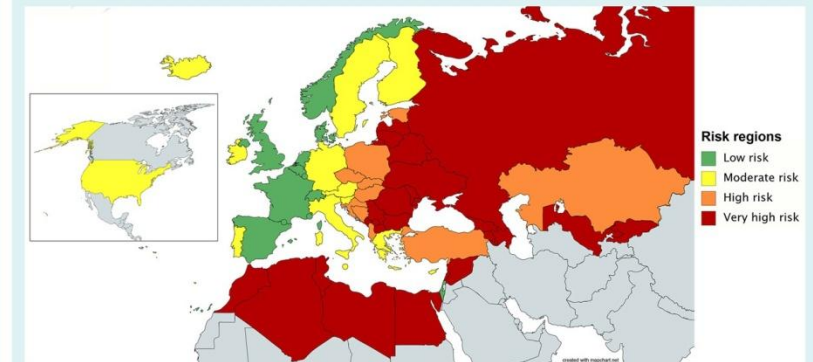
The model was recalibrated to four geographical risk regions using contemporary region-specific CVD event rates and risk factor levels

3. External validation

The model was externally validated in ~340,000 individuals from different risk regions

4. Individualized predictions

An individual's risk factor levels can be applied to the two-dimensional SCORE2-OP charts or to an online calculator to estimate their 5- and 10-year CVD event risk according to their risk region of origin



Individual example

Patient risk factors

75 years old
Smoker
No diabetes
SBP: 140 mmHg
Cholesterol: 4.5 mmol/L
HDL-c: 1.4 mmol/L



10-year risk depending on risk region:

Low risk	Moderate risk	High risk	Very high risk	Low risk	Moderate risk	High risk	Very high risk
14%	18%	28%	44%	16%	21%	24%	37%

Eur Heart J, Volume 42, Issue 25, 1 July 2021, Pages 2439–2454, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab309>

The content of this slide may be subject to copyright: please see the slide notes for details.

Eur Heart J, Volume 42, Issue 25, 1 July 2021, Pages 2455–2467, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab312>

The content of this slide may be subject to copyright: please see the slide notes for details.

Novější algoritmy odhadu ASKVO rizika

SCORE2 risk prediction algorithms

1. Model development

Sex-specific, competing risk-adjusted risk models derived in 45 prospective cohorts in 13 countries (~680,000 individuals, and ~30,000 CVD events)

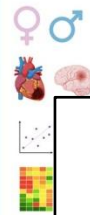
Recalibration to four risk regions in Europe using age-, sex-, and region-specific risk factor values and CVD incidence rates (derived using data on ~10.8 million individuals)

2. Model validation

External validation in 25 prospective cohorts in 15 European countries (~1.1 million individuals, and ~43,000 CVD events)

C-indices ranged from 0.67 (95% confidence interval [CI] 0.65-0.68) to 0.81 (95% CI 0.76-0.86)

SCORE2 risk prediction algorithms key features



Sex-specific risk prediction models

Estimate 10-year risk of fatal and non-fatal CVD

Can be rapidly updated to reflect future CVD incidence and risk factor profiles

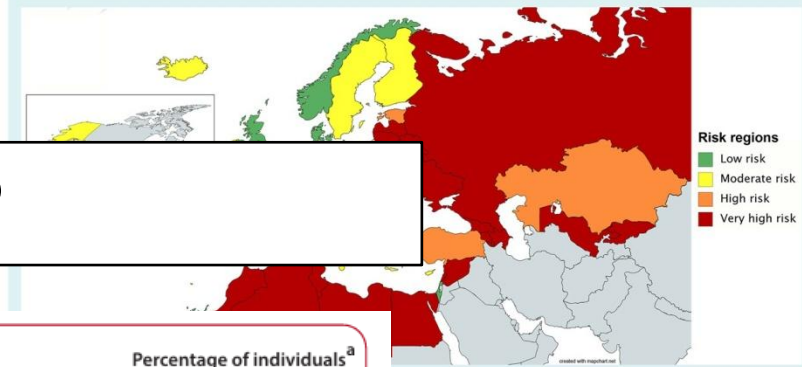
CELOŽIVOTNÍ RIZIKO ?

SCORE2-OP: estimating incident cardiovascular event risk in older persons in four geographical risk regions

1. Model derivation

Competing risk-adjusted, sex-specific coefficients were derived in ~28,500 participants from the prospective CONOR study

The model was recalibrated to four geographical risk regions using



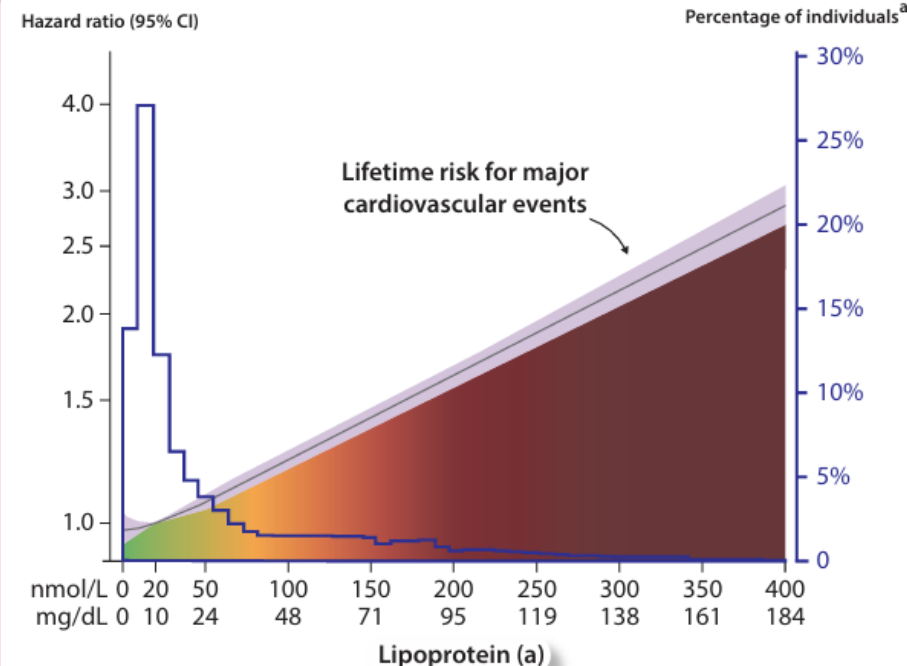
Individual example

Patient risk factors:
50 years old
Smoker
SBP: 140 mmHg
Cholesterol: 5.5 mmol/L
HDL-c: 1.3 mmol/L



10-year risk depending on risk region

Low risk	Moderate risk	High risk	Very high risk	Low risk	Moderate risk	High risk
4.2%	5.1%	6.9%	13.7%	5.9%	7.5%	8.1%



Individual example

Patient risk factors:
65 years old
Smoker
diabetes
SBP: 140 mmHg
Cholesterol: 4.5 mmol/L
HDL-c: 1.4 mmol/L

10-year risk depending on risk region:

Low risk	Moderate risk	High risk	Very high risk
16%	21%	24%	37%

Eur Heart J, Volume 42, Issue 25, 1 July 2021, Pages 2439–2454, <https://doi.org/10.1093/eurheart>

The content of this slide may be subject to copyright: please see the slide notes for details.

Eur Heart J, Volume

The content of this slide

RIZIKOVÉ SKUPINY

European Treatment goals for LDL-C across categories of total cardiovascular disease risk*

LDL-C goal + $\geq 50\%$ reduction from baseline

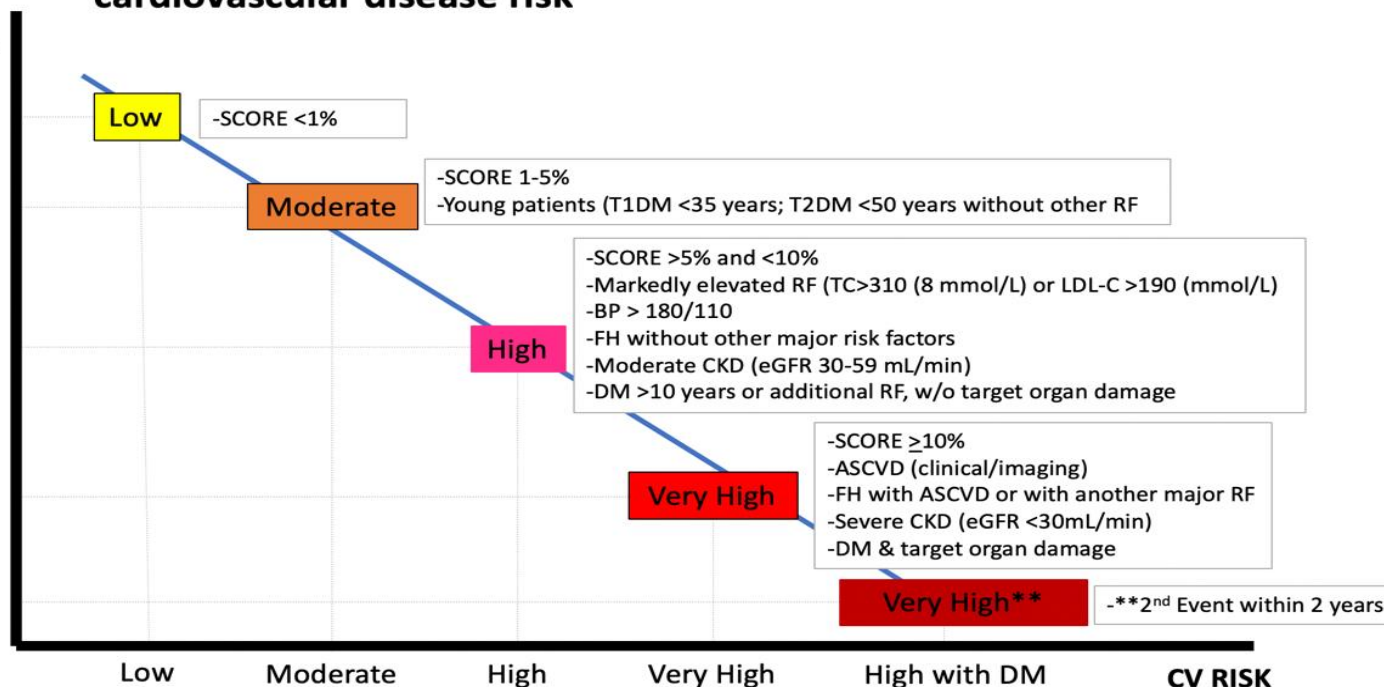
116 mg/dL
(3.0 mmol/L)

100 mg/dL
(2.6 mmol/L)

70 mg/dL
(1.8 mmol/L)

55 mg/dL
(1.4 mmol/L)

40 mg/dL
(1.0 mmol/L)



*Adapted from slideset available on www.escardio.org/guidelines which is from 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk

Tabulka 3 – Cílové hodnoty LDL-C, non-HDL-C a apolipoprotein B

Riziko	Nízké	Středně zvýšené	Vysoké	Velmi vysoké	Extrémní
LDL-C (mmol/l)	< 3,0	< 2,6 a snížení o nejméně 50 % hodnot před léčbou	< 1,8 a snížení o nejméně 50 % hodnot před léčbou	< 1,4 a snížení o nejméně 50 % hodnot před léčbou	< 1,0
Non-HDL-C (mmol/l)	< 3,8	< 3,4	< 2,6	< 2,2	< 1,8
apoB (g/l)	–	< 1	< 0,8	< 0,65	< 0,55

apoB – apolipoprotein B; LDL-C – LDL-cholesterol; non-HDL-C – non-HDL-cholesterol.

Box 1 Risk modifiers for consideration beyond the risk estimation based on the SCORE2 and SCORE2-OP algorithms

Demographic/clinical conditions

- Family history of premature CVD (men: <55 years; women: <60 years)
- High-risk ethnicity (e.g. Southern Asian)
- Stress symptoms and psychosocial stressors
- Social deprivation
- Obesity
- Physical inactivity
- Chronic immune-mediated/inflammatory disorders
- Major psychiatric disorders
- History of premature menopause
- Pre-eclampsia or other hypertensive disorders of pregnancy
- Human immunodeficiency virus infection
- Obstructive sleep apnoea syndrome

Biomarkers

- Persistently elevated hs-CRP (>2 mg/L)
- Elevated Lp(a) [>50 mg/dL (>105 nmol/L)].

CVD, cardiovascular disease; hs-CRP, high sensitivity C-reactive protein; Lp(a), lipoprotein(a).

RIZIKOVÉ SKUPINY

European Treatment goals for LDL-C across categories of total cardiovascular disease risk*

LDL-C goal + $\geq 50\%$ reduction from baseline

116 mg/dL
(3.0 mmol/L)

100 mg/dL
(2.6 mmol/L)

70 mg/dL
(1.8 mmol/L)

55 mg/dL
(1.4 mmol/L)

40 mg/dL
(1.0 mmol/L)

Low Moderate High Very High High with Diabetes

*Adapted from slideset available on www.escardio.org/guidelines which is from 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce

Tabulka 3 – Cílové hodnoty LDL-C, non-HDL-C a apolipoproteinů B

Riziko	Nízké	Středně zvýšené	Vysoké	Velmi vysoké	Extrémní
LDL-C (mmol/l)	< 3,0	< 2,6 a snížení o nejméně 50 % hodnot před léčbou	< 1,8 a snížení o nejméně 50 % hodnot před léčbou	< 1,4 a snížení o nejméně 50 % hodnot před léčbou	< 1,0
Non-HDL-C (mmol/l)	< 3,8	< 3,4	< 2,6	< 2,2	< 1,8
apoB (g/l)	–	< 1	< 0,8	< 0,65	< 0,55

apoB – apolipoprotein B; LDL-C – LDL-cholesterol; non-HDL-C – non-HDL-cholesterol.

Box 1 Risk modifiers for consideration beyond the risk estimation based on the SCORE2 and SCORE2-OP algorithms

Demographic/clinical conditions

- Family history of premature CVD (men: <55 years; women: <60 years)
- High-risk ethnicity (e.g. Southern Asian)
- Stress symptoms and psychosocial stressors
- Social deprivation
- Obesity
- Physical inactivity
- Chronic immune-mediated/inflammatory disorders
- Major psychiatric disorders
- History of premature menopause
- Pre-eclampsia or other hypertensive disorders of pregnancy
- Human immunodeficiency virus infection
- Obstructive sleep apnoea syndrome

Markers

• Elevated hs-CRP (>2 mg/L)
• Lp(a) >50 mg/dL (>105 nmol/L)]

hs-CRP, high sensitivity C-reactive protein; Lp(a), lipoprotein(a)

• + Přítomnost subklinické aterosklerózy nebo zvýšené kalciové skóre
• Nulové kalciové skóre znamená snížení rizika

RIZIKOVÉ SKUPINY

European Treatment goals for LDL-C across categories of total cardiovascular disease risk*

LDL-C goal + $\geq 50\%$ reduction from baseline

116 mg/dL
(3.0 mmol/L)

100 mg/dL
(2.6 mmol/L)

70 mg/dL
(1.8 mmol/L)

55 mg/dL
(1.4 mmol/L)

40 mg/dL
(1.0 mmol/L)

Low

Low

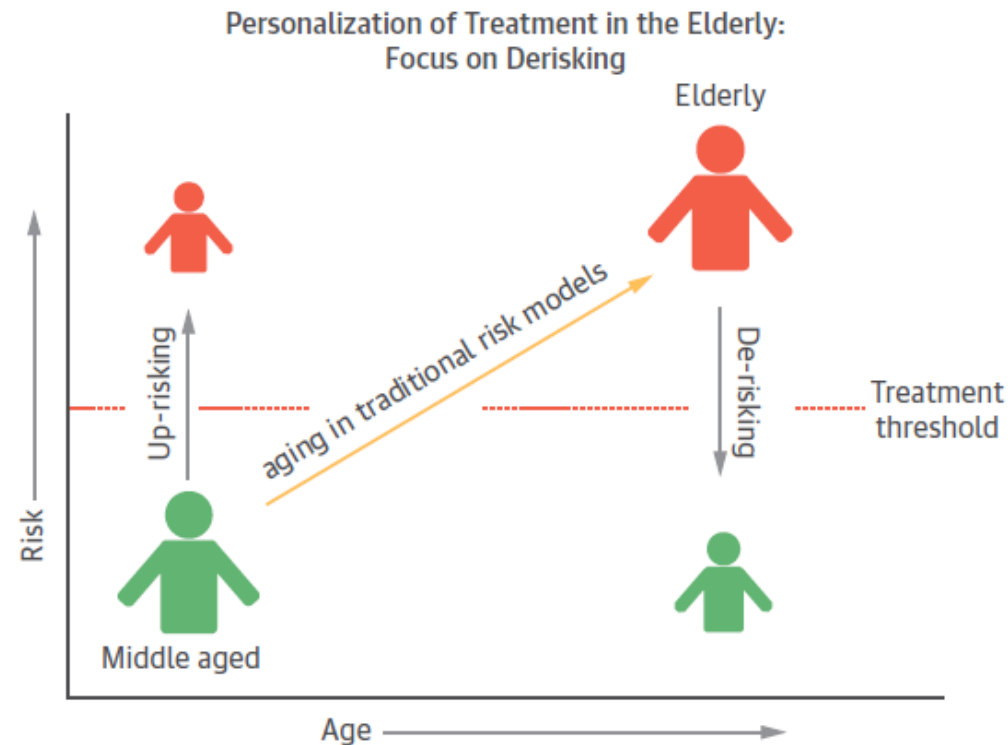
*Adapted from slideset available on www.escardio.org

Tabulka 3 – Cílové hodnoty LDL-C, non-

Riziko	Nízké	Střední
LDL-C (mmol/l)	< 3,0	< 2,6 50 %
Non-HDL-C (mmol/l)	< 3,8	< 3,0
apoB (g/l)	–	< 1

apoB – apolipoprotein B; LDL-C – LDL-cholesterol; non-HDL-C – non-HDL-cholesterol.

FIGURE 5 The Concept of Derisking in Elderly People



Box 1 Risk modifiers for consideration beyond the risk estimation based on the SCORE2 and SCORE2-OP algorithms

Demographic/clinical conditions

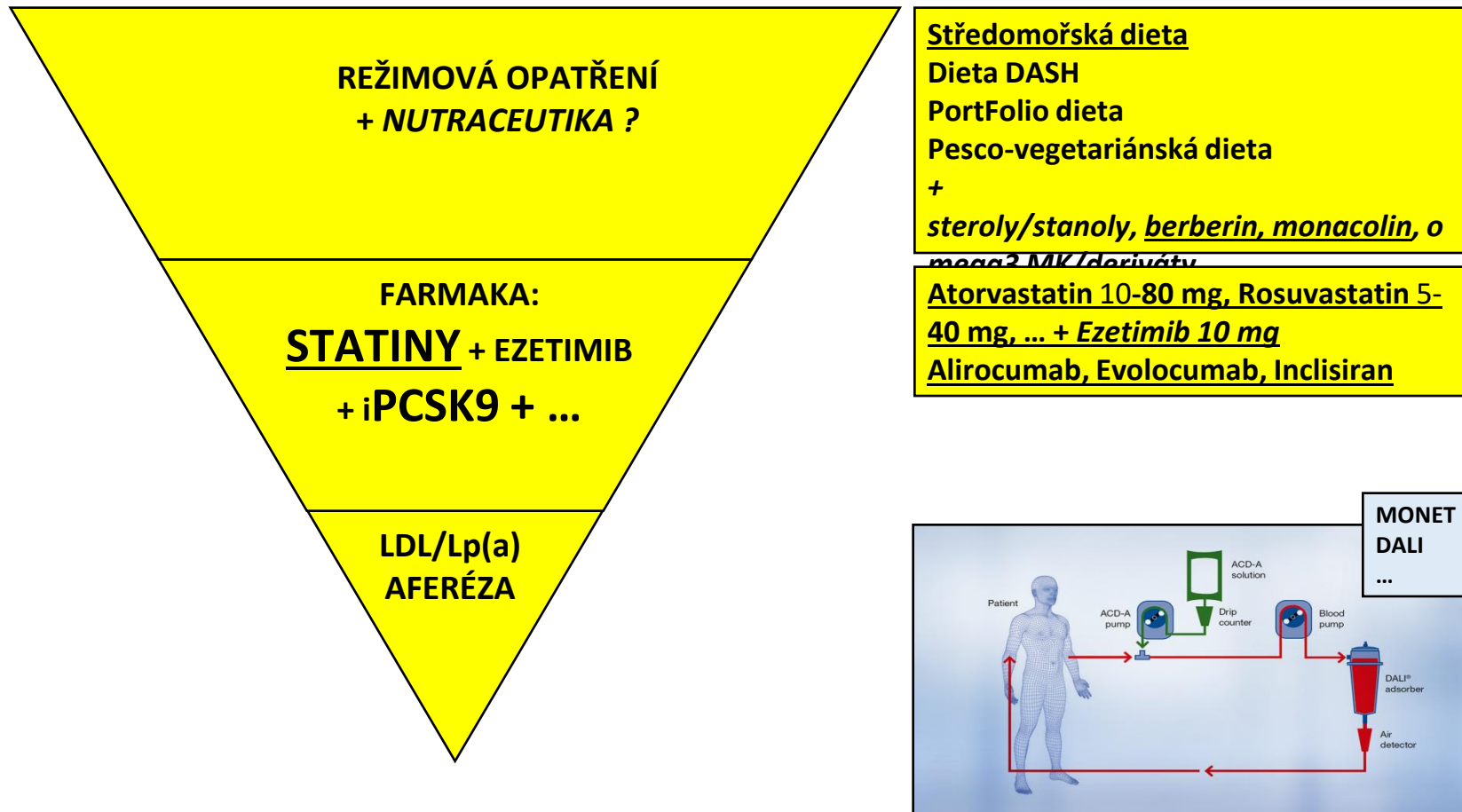
- Family history of premature CVD (men: <55 years; women: <60 years)
- High-risk ethnicity (e.g. Southern Asian)
- Stress symptoms and psychosocial stressors
- Social deprivation
- Obesity
- Physical inactivity
- Chronic immune-mediated/inflammatory disorders
- Major psychiatric disorders
- History of premature menopause
- Pre-eclampsia or other hypertensive disorders of pregnancy
- Human immunodeficiency virus infection
- Obstructive sleep apnoea syndrome

Biomarkers

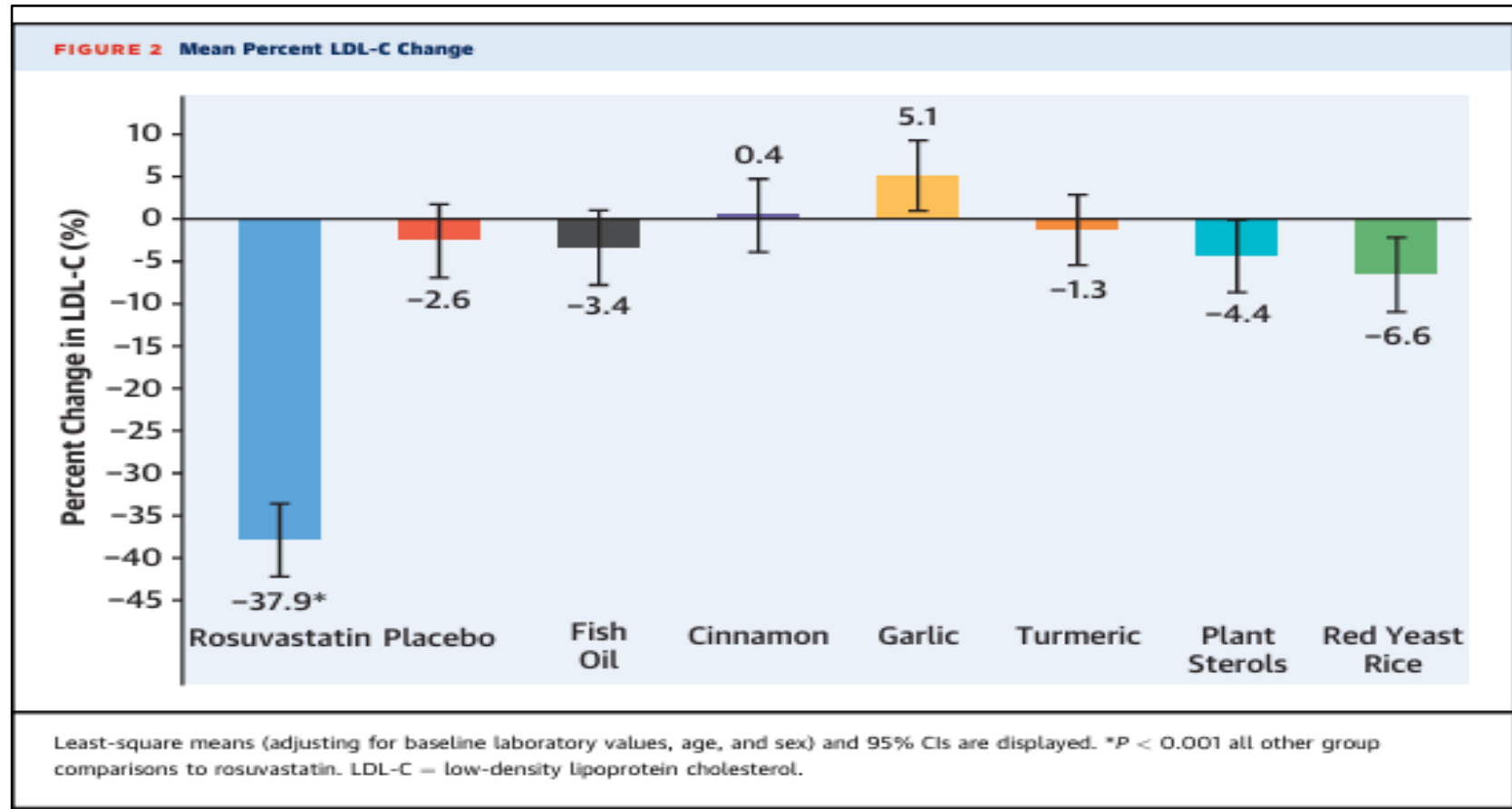
- Persistently elevated hs-CRP (>2 mg/L)
- Elevated Lp(a) [>50 mg/dL (>105 nmol/L)].

CVD, cardiovascular disease; hs-CRP, high sensitivity C-reactive protein; Lp(a), lipoprotein(a).

OVlivNĚNÍ LDL/non HDL CHOLESTEROLU, ...



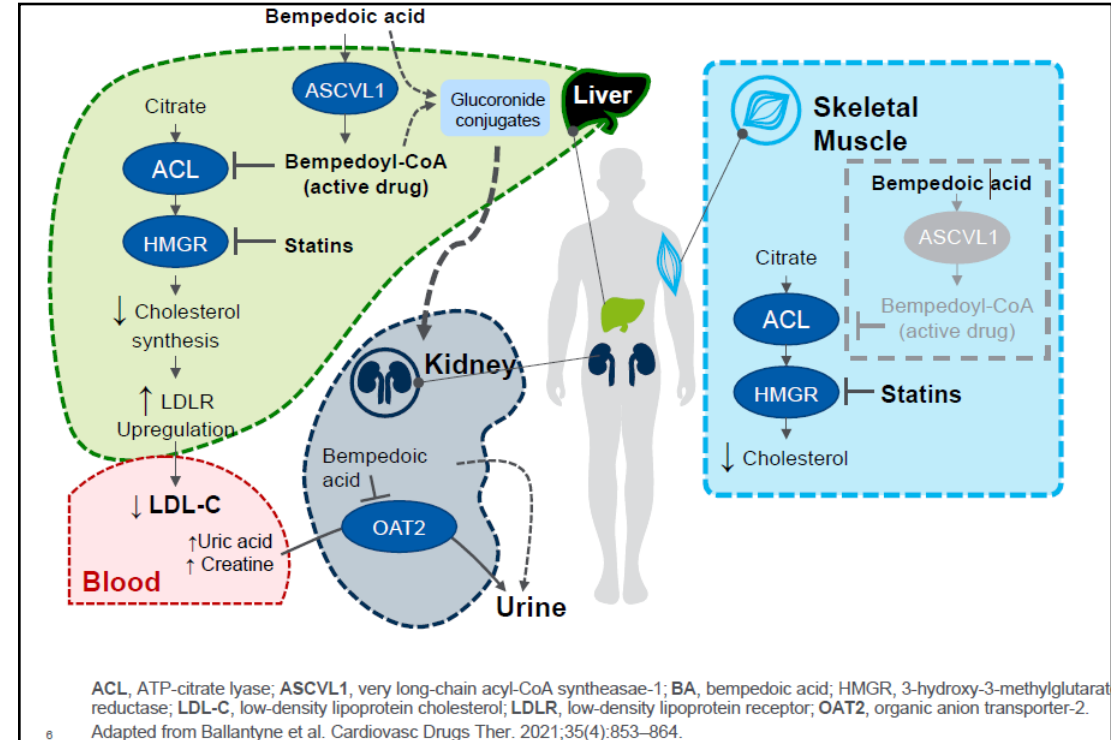
NUTRACEUTIKA A ATEROGENNÍ LIPIDY



Laffin LJ, et al. Comparative Effects of Low-Dose Rosuvastatin, Placebo, and Dietary Supplements on Lipids and Inflammatory Biomarkers. *J Am Coll Cardiol.* 2023 Jan 3;81(1):1-12. doi: 10.1016/j.jacc.2022.10.013. Epub 2022 Nov 6. PMID: 36351465.

Mechanismus účinku kys. bempedo(o)vé

- Inhibice adenosin trifosfát-citrát lyázy (ACL)
- Slabá inhibice OAT2 transportéru
 - Hyperurikemie
 - Zvýšení kreatininu
- **Podání ve formě proléčiva**
- **Aktivace v hepatocytu navázáním na (jaterní) acyl-CoA syntetázu 1 (ASCVL1)**
- **Významný first-pass metabolismus**

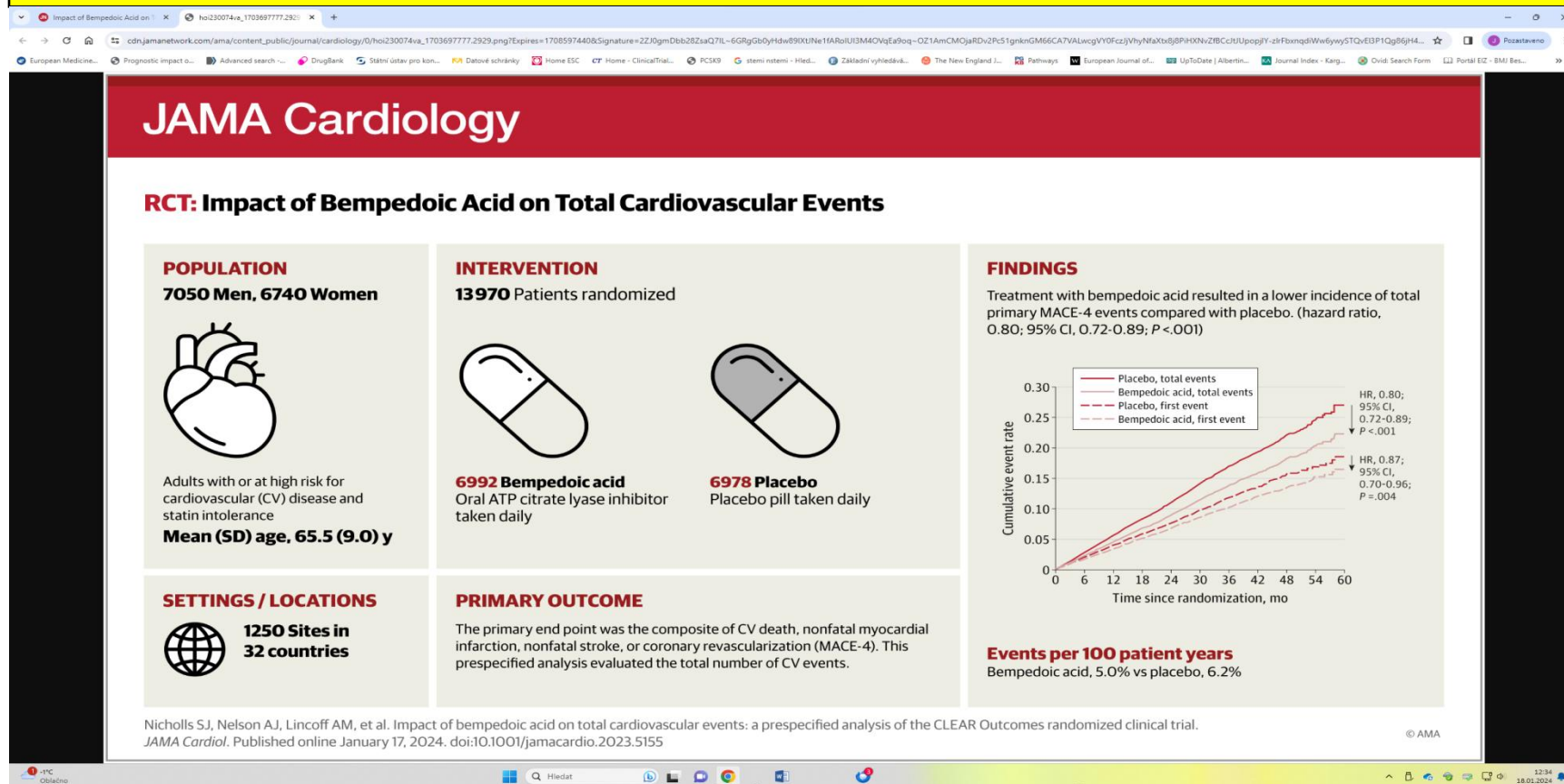


Impact of Bempedoic Acid on Total Cardiovascular Events

A Prespecified Analysis of the CLEAR Outcomes Randomized Clinical Trial

Stephen J. Nicholls, et al.

JAMA Cardiol. Published online January 17, 2024. doi:10.1001/jamacardio.2023.5155



Nicholls SJ, et al. Impact of Bempedoic Acid on Total Cardiovascular Events: A Prespecified Analysis of the CLEAR Outcomes Randomized Clinical Trial. *JAMA Cardiol.* 2024 :e235155. doi: 10.1001/jamacardio.2023.5155.

NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY Kyseliny bempedo(o)vé

	Other adverse events — no. (%)		
	Hyperuricemia	763 (10.9)	393 (5.6)
	Gout	215 (3.1)	143 (2.1)
	Cholelithiasis	152 (2.2)	81 (1.2)
	Laboratory results after 6 mo — mg/dl		
	Change from baseline in uric acid level	0.76±1.2	−0.03±1.0
	Change from baseline in creatinine level	0.05±0.2	0.01±0.2
	Laboratory results after 12 mo		
	Change from baseline in glycated hemoglobin level — %	0.04±0.74	0.06±0.70
	Abnormal enzyme level at any visit — no. (%)		
	Creatine kinase level >5× ULN, single occurrence	45 (0.6)	40 (0.6)
	Creatine kinase level >5× ULN, repeated and confirmed	8 (0.1)	8 (0.1)
	Creatine kinase level >10× ULN, single occurrence	18 (0.3)	15 (0.2)
	Creatine kinase level >10× ULN, repeated and confirmed	2 (<0.1)	4 (0.1)
	Alanine aminotransferase level >3× ULN¶	83 (1.2)	53 (0.8)
	Aspartate aminotransferase level >3× ULN¶	80 (1.1)	43 (0.6)
	Elevated hepatic-enzyme level — no. (%)	317 (4.5)	209 (3.0)
	Renal impairment — no. (%)	802 (11.5)	599 (8.6)
	Neurocognitive disorders — no. (%)	58 (0.8)	69 (1.0)

SLEDOVÁNÍ ÚČINKU HYPOLIPIDEMICKÉ LÉČBY

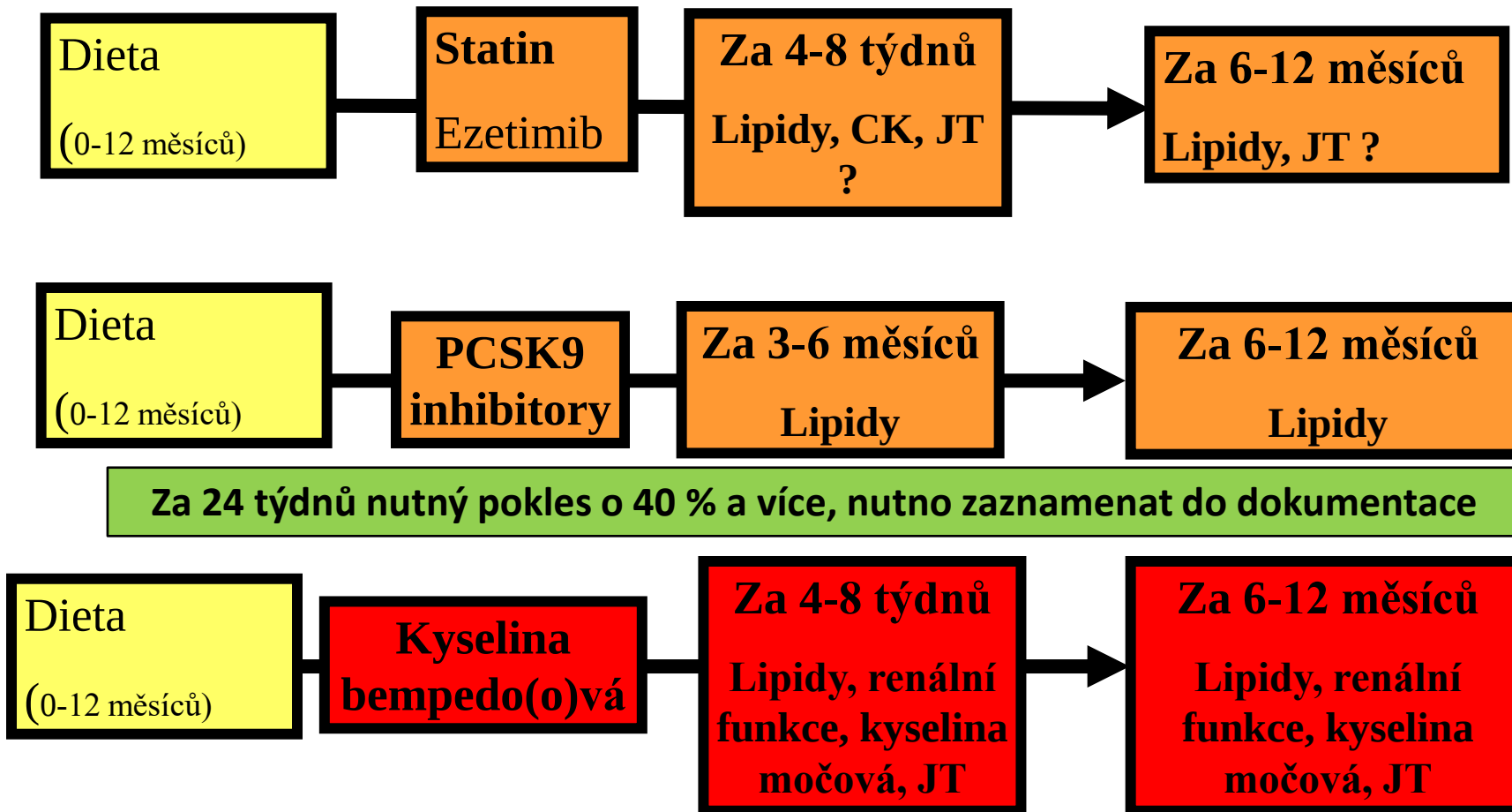
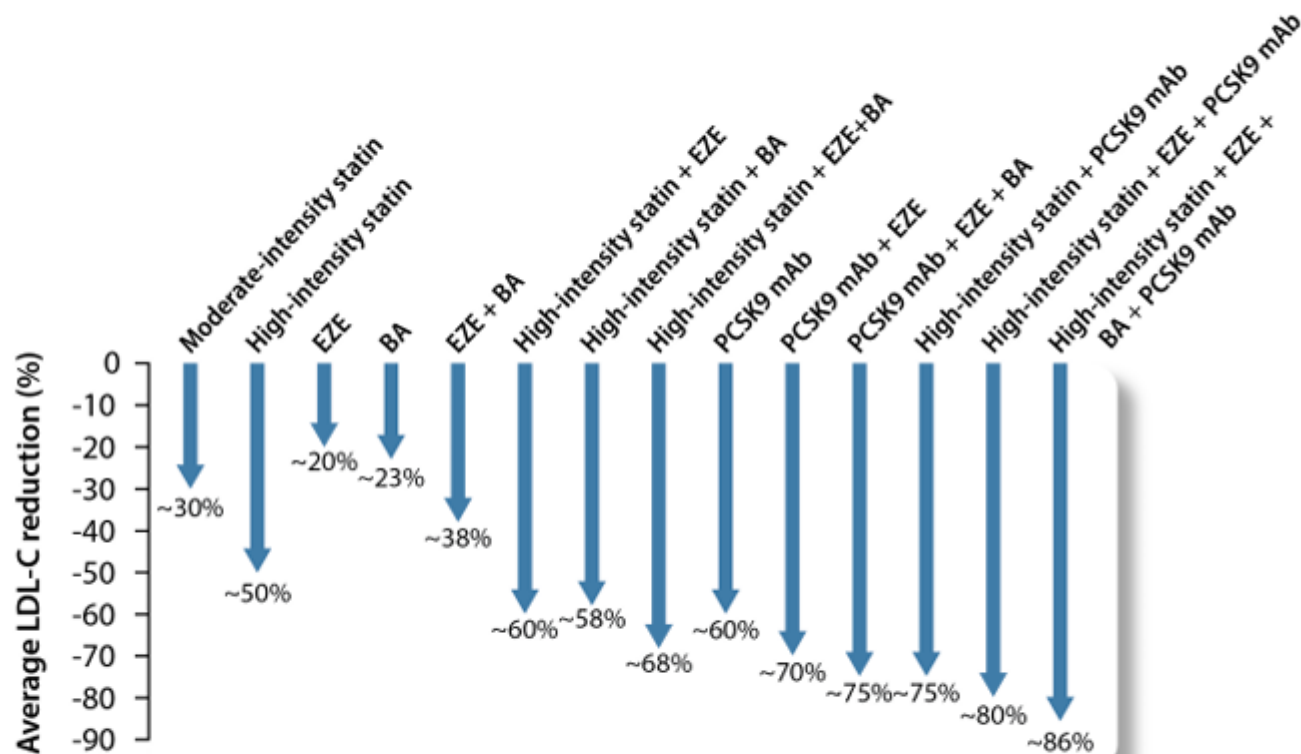
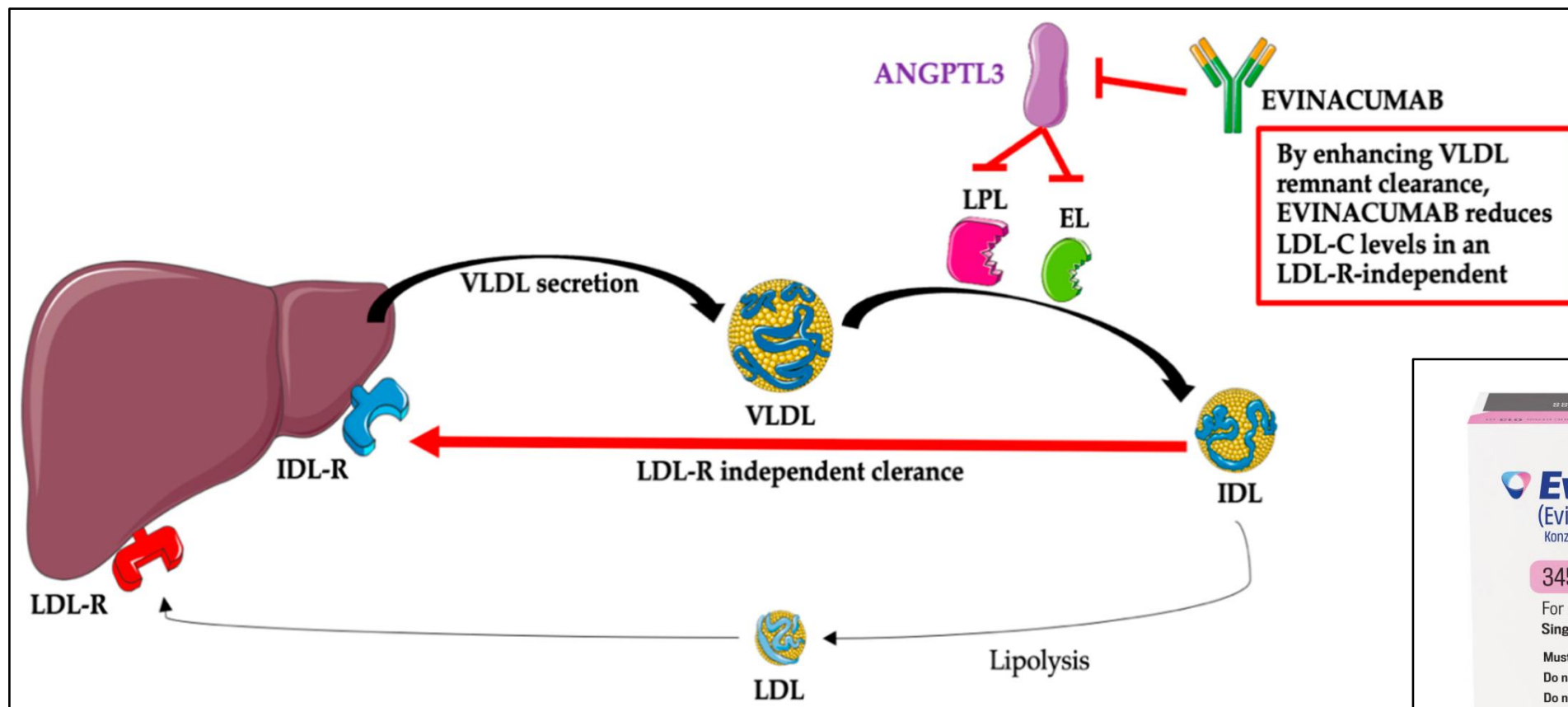


Figure 2

Average reduction in low-density lipoprotein cholesterol levels with different pharmacological therapies with proven cardiovascular benefit.



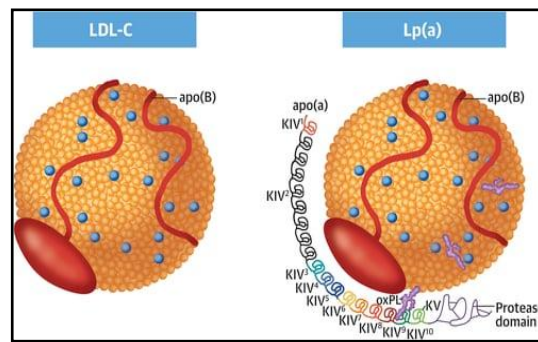
Evinacumab u Homozygotů pro Familiární Hypercholesterolemii (FH)



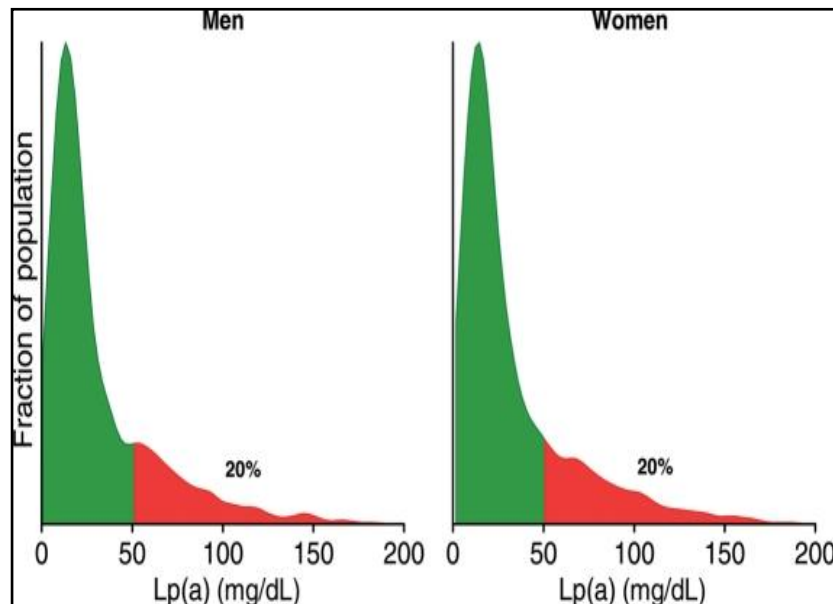
Přístup k pacientovi hospitalizovanému pro AKS

- Strategie čím dříve/níže, tím lépe
- *Pacienti po AKS jsou nejvíce zranitelní a mají vysoké riziko recidivy KV příhody v prvním roce*
- Důležité je nastavení terapie a dosažení cílových hodnot již za hospitalizace (x realita)
- Významná část pacientů nedosáhne cílové hladiny LDL-c na maximální dávce statinu, proto je doporučeno zvážit kombinovanou léčbu s jednou nebo více třídami nestatinové terapie u pacientů, kteří před AKS nebyli léčeni, u pacientů, kteří užívali terapii je doporučeno terapii navýšit
- **Probíhají studie ohledně přínosu evolokumabu podávaného v době AKS**
- *Případně inclisiran při propuštění?*

Lipoprotein (a)



RIZIKOVÉ HODNOTY Lp(a) Pro obě pohlaví



... nyní v nmol/l

Stoupající riziko – více než 105 nmol/l

Nyní probíhající studie – více než 200 nmol/l

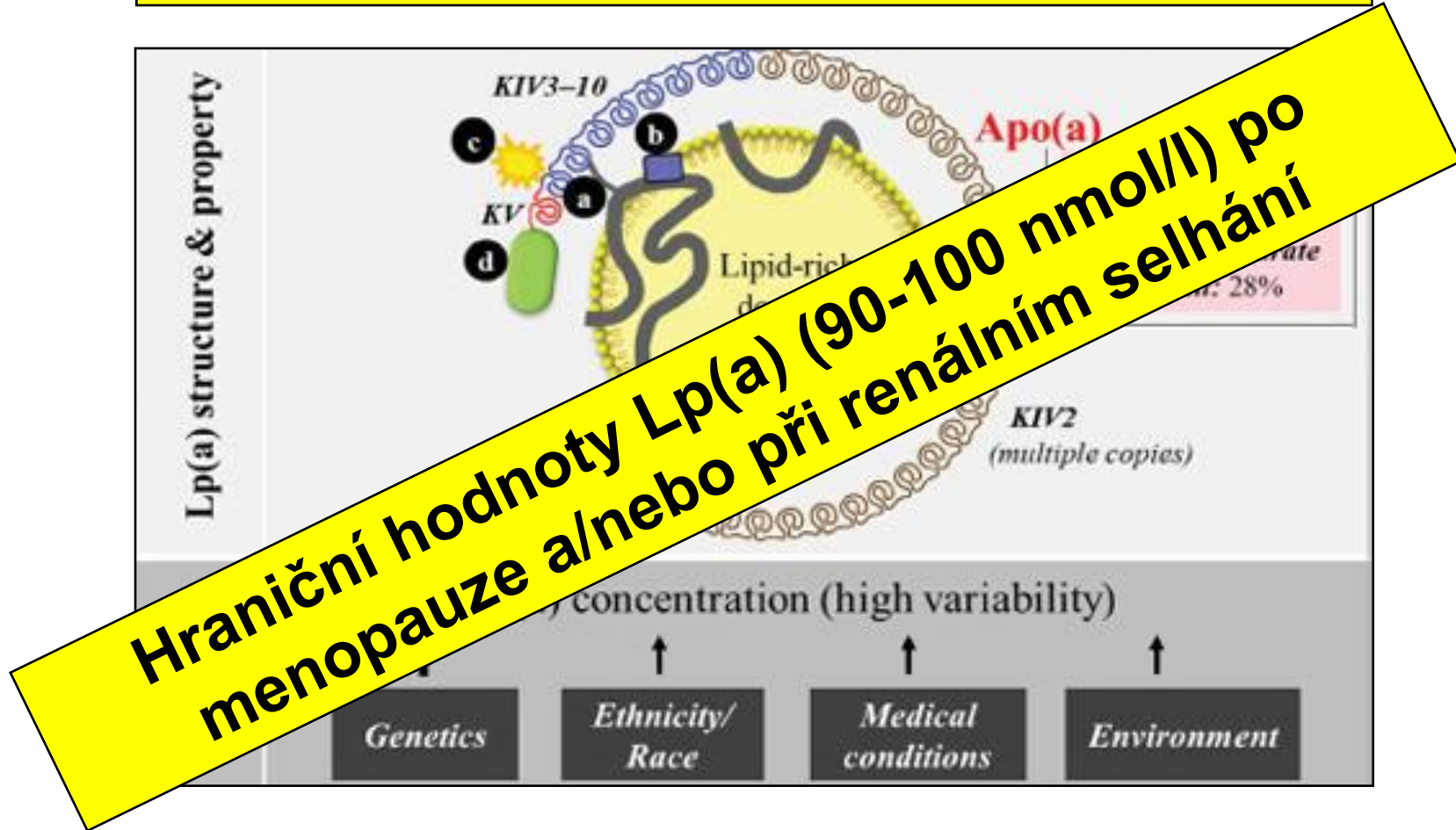
Extrémní riziko – více než 430 nmol/l

+

??? - méně než 7 nmol/l, vyšší riziko DM?

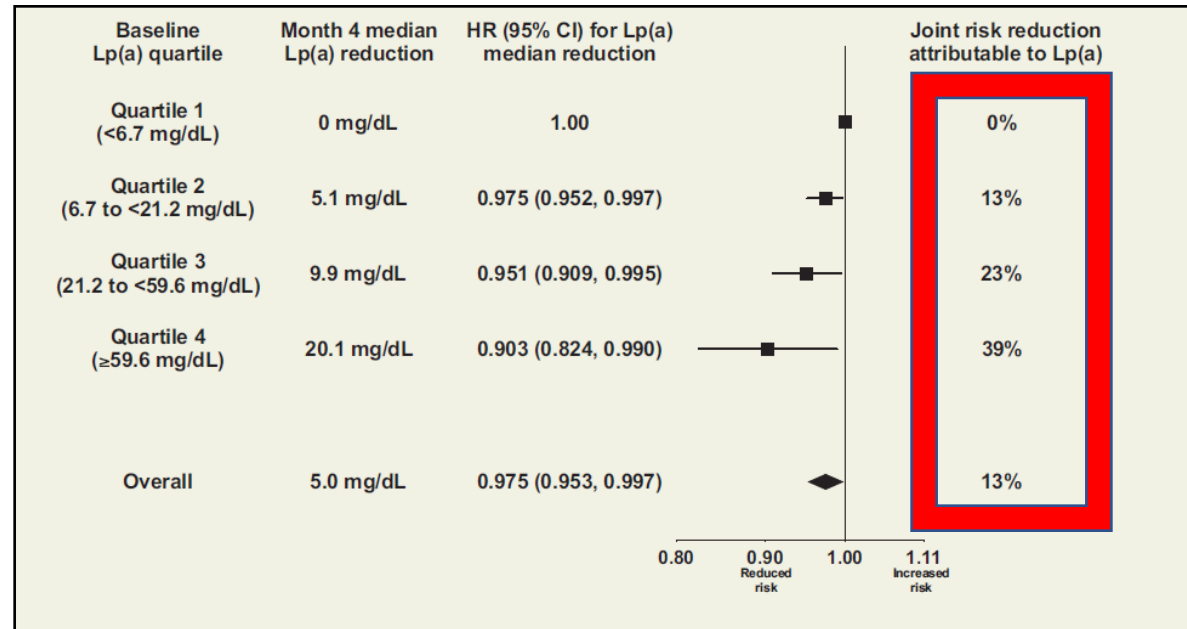
McNeal CJ, Peterson AL. Lipoprotein (a) in Youth. [Updated 2020 Feb 9]. In: Feingold KR, Anawalt B, Boyce A, et al., editors. Endotext [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2000-. Fig 2. [Distributions of Lp(a) levels in...]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK395570/figure/lipoproteina.F2/>
Madsen CM, Kamstrup PR, Langsted A, Varbo A, Nordestgaard BG. Lipoprotein(a)-Lowering by 50 mg/dL (105 nmol/L) May Be Needed to Reduce Cardiovascular Disease 20% in Secondary Prevention: A Population-Based Study. Arterioscler Thromb Vasc Biol. 2020; 40(1):255-266.

Měřit více než 1 x ?



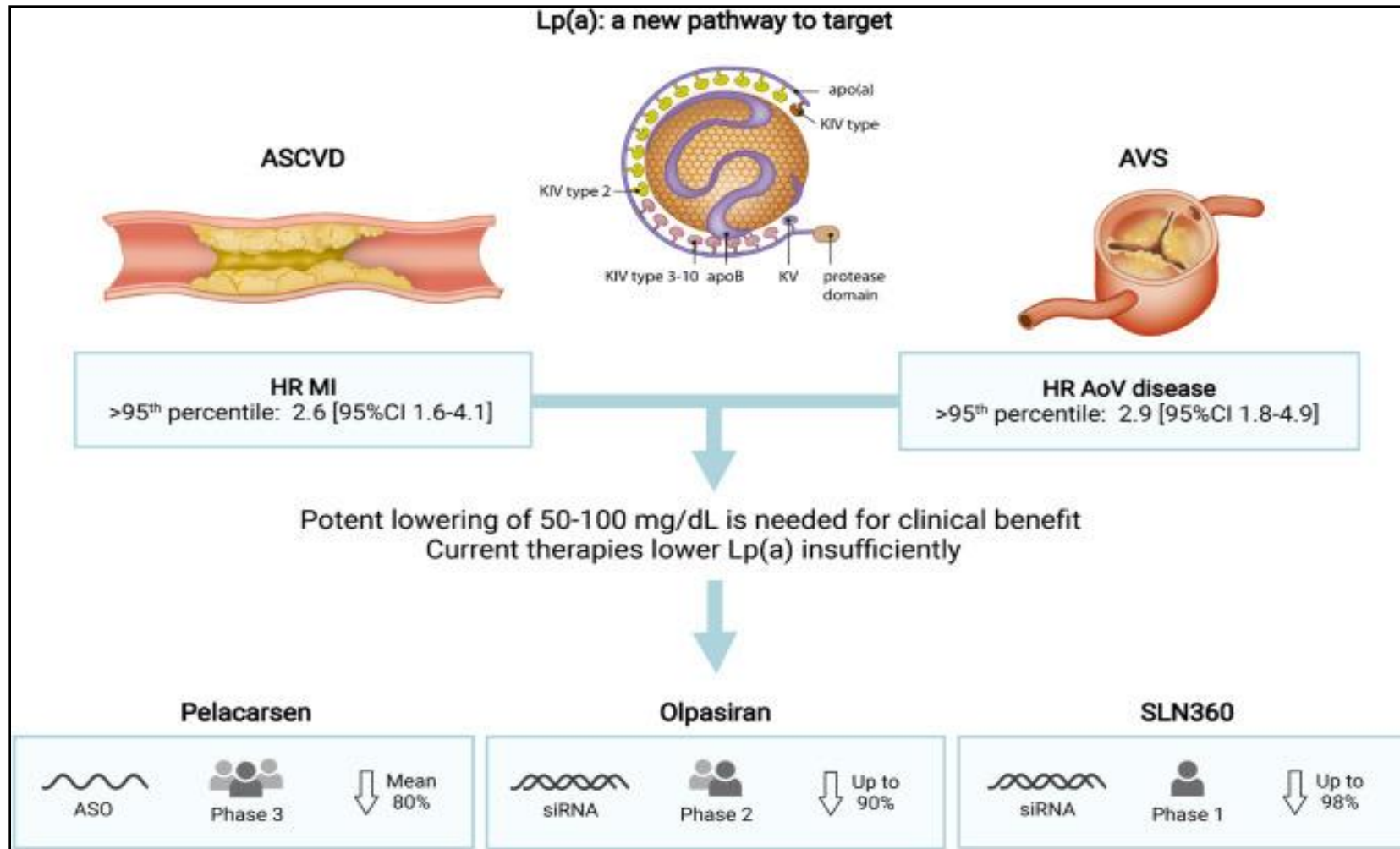
Reyes-Soffer G, et al.; American Heart Association Council on Arteriosclerosis, Thrombosis and Vascular Biology; Council on Cardiovascular Radiology and Intervention; and Council on Peripheral Vascular Disease. Lipoprotein(a): A Genetically Determined, Causal, and Prevalent Risk Factor for Atherosclerotic Cardiovascular Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Arterioscler Thromb Vasc Biol.* 2022 Jan;42(1):e48-e60. doi: 10.1161/ATV.000000000000147.

POKLES RIZIKA PŘI AGRESIVNÍ HYPOLIPIDEMICKÉ LÉČBĚ (ALIROCUMAB) A VYŠŠÍM Lp(a)



Szarek M, Bittner VA, Aylward P, Baccara-Dinet M, Bhatt DL, Diaz R, et al. Lipoprotein(a) lowering by alirocumab reduces the total burden of cardiovascular events independent of low-density lipoprotein cholesterol lowering: ODYSSEY OUTCOMES trial. Eur Heart J 2020;41:4245–4255. doi:10.1093/eurheartj/ehaa649

SPECIFICKÁ LÉČBA Lp(a)



Nurmohamed NS, Kraaijenhof JM, Stroes ESG. Lp(a): a New Pathway to Target? Curr Atheroscler Rep. 2022;24(11):831-838. doi: 10.1007/s11883-022-01060-4.

ZÁVĚR ESC DOPORUČENÍ Z 2025

- Cílové hodnoty LDL-c se nemění
- Preferovat SCORE2/SCORE2-OP tabulky pro asymptomatické osoby
- Zvážit modifikující rizikové faktory vč. detekce subklinické aterosklerózy
- Nové léky: kyselina bempedoová, inclisiran + evinacumab nově testované na Lp(a)
- Při AKS: nasadit agresivnější/injekční terapii u vybraných osob již za hospitalizace
- Nutraceutika – spíše ne

IDEÁLNÍ STAV RIZIKOVÝCH FAKTORŮ



- Nekuřák/nekuřačka
- 30 minut denně přiměřená fyzická aktivita
- BMI méně než 25 kg/m²
- Obvod pasu méně než 94/102 cm u mužů, 80/88 cm u žen.
- **Krevní tlak 130-140/80-90 mm Hg**
- Lačná glykémie méně než 5,6 mmol/L
- GF více 90-120 ml/min?
- **LDL cholesterol méně než 3,0 ... 1,0 mmol/L**

DĚKUJI ZA POZORNOST

MÝTY SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM STATINŮ



1. „Statiny podáváme proto, abychom snížili cholesterol. Přitom vztah cholesterolu a cévních příhod není prokázán.“

Statiny podáváme proto, abychom snížili riziko srdečních a mozkových příhod. Především u pacientů s již přítomným onemocněním srdce a cév aterosklerotického původu toto bylo mnohokrát potvrzeno. Jedním z hlavních důvodů tohto úspěchu je snížení hladiny rizikového LDL cholesterolu v krvi.



2. „Statiny často způsobují úbytek a rozpad svalů.“

Statiny mohou vzácně způsobit poškození svalů u pacientů užívajících větší množství některých léků. Skutečně závažné příhody však byly popsány pouze u jednoho z milionu (!) pacientů léčených statiny. Tomuto stavu lze navíc téměř vždy zabránit, protože je většinou předcházen méně závažnými a snadno rozpoznatelnými příznaky. Je zajímavé, že statiny jsou například daleko bezpečnější než aspirin a léky typu ibuprofenu, které si běžně kupujeme v lékárně, často bez vědomí lékaře.



3. „Statiny zhoršují paměť a mohou poškodit naši nervovou soustavu.“

Nezhoršují a nepoškozují. Bylo prokázáno, že statiny svými protizánětlivými účinky mohou mít naopak ochranný vliv na náš mozek i nervy přes ochranu tepen, které tyto struktury zásobují krví. V žádné seriózní studii nebyl pozorován škodlivý účinek statinů na paměť a další nervové schopnosti. Navíc bylo zcela jednoznačně prokázáno, že při léčbě statiny ubývá cévních mozkových příhod způsobených nedokrevností, které mají často naprosto devastující účinky na kvalitu života.



4. „Statiny poškozují játra.“

Nepoškozují. Poškození jater souvisí u velké části pacientů právě s poruchou krevních tuků. Jejich úprava léčbou statiny může jaterní postižení zpomalit či zastavit. Léčba statiny měla větší efekt u pacientů se známkami lehkého jaterního postižení. U pacientů s těžkým postižením jater je třeba podávání statinů skutečně zvážit, ale to se týká i všech ostatních léků.



5. „Statiny poškozují ledviny.“

Nepoškozují. Naopak, statiny mohou mít ochranný účinek na ledviny. Je třeba, podobně jako u jater, dát pozor na vysoké dávky vysoce účinných statinů u pacientů s výrazně zhoršenou funkcí ledvin. Toto se však opět týká i většiny ostatních léků.



6. „Statiny způsobují cukrovku.“

Statiny sice mohou u osob s vyšší hladinou krevního cukru tento dále mírně zvýšit a přefadit tak tyto osoby do kategorie diabetiků. Tato laboratorní změna však zřejmě nemá zásadní vliv na výskyt závažných cévních ani jiných zdravotních komplikací. Statiny jsou však u naprosté většiny pacientů s cukrovkou zásadním lékem, který pomáhá snížit riziko srdečních infarktů a mozkových mrtvic, které se u těchto pacientů mohou vyskytnout.



7. „Statiny je nutné vysadit před operačním zákrokem.“

Není nutné a dokonce ani vhodné. U většiny pacientů je nutné statiny ponechat, protože snižují výskyt operačních i pooperačních komplikací. Výjimkou je velice malá skupina pacientů s již přítomným svalovým postižením prokazatelně způsobeným statiny; Tito pacienti ale statiny již většinou neužívají.



8. „Statiny je nutné brát večer.“

Není. Většinu dlouhodobě působících statinů je možné brát kdykoli přes den. Důležitější než doba užití léku je to, aby pacienti léky skutečně pravidelně užívali. Mohou si proto dobu zvolit sami.

