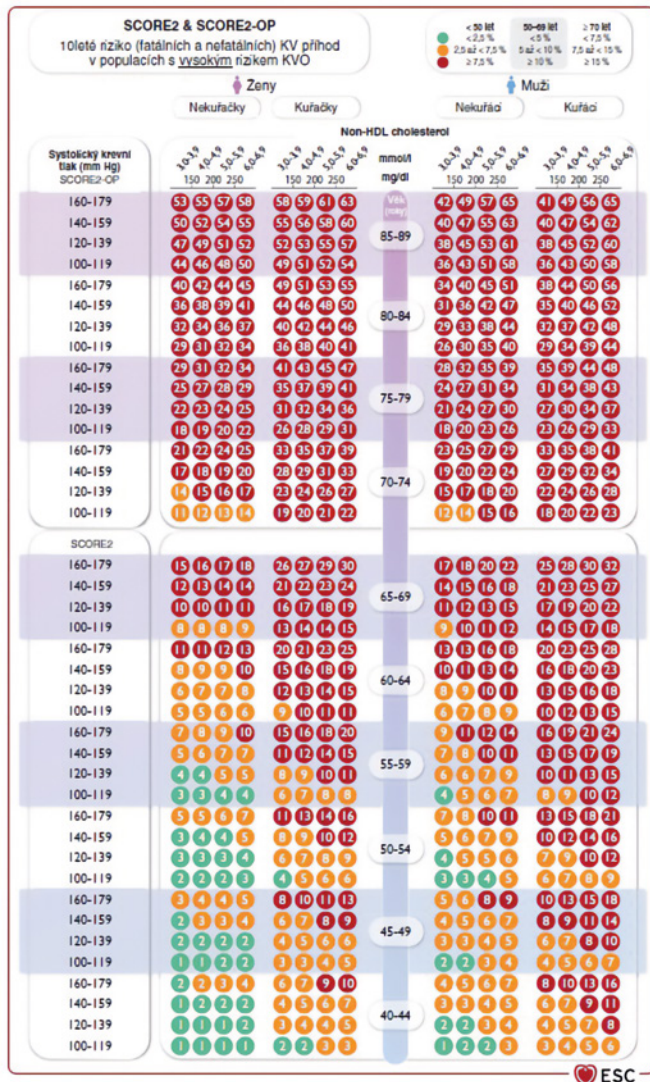


Obr. 1. Tabulka SCORE2/SCORE2-OP, dle (7)



musíme využít některou z farmakoterapeutických modalit. Základním pilířem léčby DLP jsou statiny – léky dostupné, velmi dobře tolerované s minimem nežádoucích účinků. Vždy bychom měli usilovat o podávání moderních potentních statinů (atorva- či rosuvastatinu) v maximálních, respektive maximálních tolerovaných dávkách. Pokud není dosaženo cílových hodnot LDL-C při monoterapii statinem je indikována kombináční hypolipidemická léčba. Přednostně se s ohledem na dostupnost využívá kombinací s ezetimibem, přičemž lze očekávat aditivní pokles LDL-C nad rámec monoterapie statinem o 20–25 % (pozn. zdvojnásobení dávky statinu vede k dalšímu poklesu LDL-C přibližně o 6 %) (6, 7, 25). V indikovaných případech (Tab. 7) máme již od roku 2018 k dispozici „klasické“ PCSK9i, tj. monoklonální protilátky proti PCSK9 – aliro- a evolokumab; při jejich podávání lze očekávat dodatečný pokles LDL-C kolem 60 % (26–30). Při indikaci PCSK9i nemusí být ezetimib v souladu s hodnotícími zprávami Státního ústavu pro kontrolu léčiv nasazen, pokud je u pacienta užívajícího maximální tolerovanou dávku statinu výchozí LDL-C více než 20 % od cílové hodnoty, případně u statin-naivních nemocných LDL-C více než 50 % od cíle (26, 27). V obdobných indikacích jako monoklonální protilátky se portfolio hypolipidemik od 1. 4. 2023 rozšířilo o inkilisiran – malou interferující RNA proti PCSK9, která v konečném důsledku působí obdobně jako „klasické“ PCSK9i.

Tab. 5. Kategorie KV rizika, upraveno dle (6, 7)

Kategorie KV rizika	
„extrémní KV riziko“ (pozn. autora – není uvedeno explicitně v doporučeních)	
<ul style="list-style-type: none"> recidiva KV příhody do 2 let od předchozí 	
velmi vysoké KV riziko	
<ul style="list-style-type: none"> Dokumentovaná KV příhoda (klinicky či pomocí zobrazovacích metod) – akutní koronární syndrom, infarkt myokardu, koronární či jiná revaskularizace, cévní mozková příhoda, transitorní ischemická ataka Ischemická choroba dolních končetin Aneurysma aorty Signifikantní pláty zjištěné při USG vyšetření či CT koronarografii DM s ASKVO a/nebo s těžkým orgánovým postižením: <ul style="list-style-type: none"> eGFR < 45 ml/min/1,73 m² nezávisle na albuminurii eGFR 45–59 ml/min/1,73 m² a mikroalbuminurie (ACR 30–300 mg/g) proteinurie (ACR > 300 mg/g) přítomnost mikrovaskulárních komplikací v alespoň 3 lokalizacích (např. retinopatie, neuropatie a mikroalbuminurie) CKD s eGFR < 30 ml/min/1,73 m² nebo CKD s eGFR 30–44 ml/min/1,73 m² a ACR > 30 mg/g SCORE2 ≥ 7,5 % u pacientů < 50 let, ≥ 10 % – u pacientů 50–69 let, SCORE2-OP ≥ 15 % u pacientů ≥ 70 let FH s RF ASKVO 	
vysoké KV riziko	
<ul style="list-style-type: none"> DM bez ASKVO a/nebo těžkého orgánového postižení (nesplňující kritéria velmi vysokého či středního KV rizika) CKD s eGFR 30–44 ml/min/1,73 m² a ACR < 30 mg/g, CKD s eGFR 45–59 ml/min/1,73 m² a ACR 30–300 mg/g, CKD s eGFR ≥ 60 ml/min/1,73 m² a ACR > 300 mg/g SCORE2 2,5–7,5 % u pacientů < 50 let, 5–10 % u pacientů 50–69 let, SCORE2-OP 7,5–15 % u pacientů ≥ 70 let FH bez RF ASKVO 	
nízké-střední KV riziko	
<ul style="list-style-type: none"> DM s délkou trvání do 10 let bez dalších RF ASKVO či orgánového postižení SCORE2 < 2,5 % u pacientů < 50 let, < 5 % u pacientů 50–69 let, SCORE2-OP < 7,5 % u pacientů ≥ 70 let 	

DM – diabetes mellitus – pozn. DM 2. typu či DM 1. typu u pacientů ve věku > 40 let, eGFR (estimated glomerular filtration rate) – odhadovaná glomerulární filtrace, ACR – albumin-to-creatinine ratio, CKD – chronické onemocnění ledvin, FH – familiární hypercholesterolemie

U inkilisiranu je popisován aditivní pokles LDL-C kolem 50 %; výhodou jeho podávání je 100% adherence k léčbě, jelikož je aplikován přímo v ambulanci internisty či kardiologa, a to každých 6 měsíců (s výjimkou booster dávky v 3. měsíci od první aplikace). Inkilisiran představuje lék velmi dobře tolerovaný, kdy jediným relevantním nežádoucím účinkem byla reakce v místě vpichu. Nepředpokládají se také žádné lékové interakce a není nutná redukce dávky u pacientů s renální či jaterní insuficiencí (31, 32).

Tabulka 7 pro přehlednost shrnuje současné možnosti cílené léčby DLP v ČR (Tab. 7) (26, 27, 31).

Jak se nám daří dosahovat cílových hodnot LDL-C v praxi?

Zrcadlem běžné klinické praxe budiž např. série studií EUROASPIRE, studie DaVinci, LIPLcontrol 1,2 či LipitecClidec 1,2, jež sice poukazují na uspokojivou implementaci aktuálních doporučených postupů do praxe, kdy se ukazuje, že je správně volena odpovídající kardioprotektivní medikace, avšak tato je často titrována až s přílišnou opatrností a pomalu (i při dobré toleranci) či je zcela nevyužita vhodná léčba kombináční. Bohužel nedostatečná kontrola DLP je typicky u nejrizikovějších nemocných (ve velmi vysokém KV riziku či v sekundární prevenci); v této populaci nemocných je dosahováno cílových hodnot LDL-C v 10–30 % případů