TÉMA MESIACA:

DYSLIPIDÉMIA

Elektronická verzia:

PARTNER TÉMY:

KRKA

1. VYBERTE KATEGÓRIU PACIENTA A ODHADNITE RIZIKO KVO[1, 2]

Medzi ďalšie modifikujúce rizikové faktory patria:

- rodinná anamnéza predčasného KVO (muži: < 55 rokov; ženy: < 60 rokov); vysokoriziková etnicita
- symptómy stresu a psychosociálne stresory; sociálna deprivácia
- obezita
- fyzická neaktivita
- chronické imunitne sprostredkované/zápalové ochorenia; závažné psychiatrické poruchy
- anamnéza predčasnej menopauzy, preeklampsie alebo iných hypertenzných porúch v gravidite; infekcia vírusom ľudskej imunitnej nedostatočnosti (HIV)
- syndróm obštrukčného spánkového apnoe; pretrvávajúco zvýšené hs-CRP (> 2 mg/l); zvýšený Lp(a) [> 50 mg/dl (> 105 nmol/l)]

PACIENTI S POTVRDENÝM ASKVO

Pacienti s klinicky potvrdeným ASKVO majú v priemere veľmi vysoké riziko opakovaných KV príhod, ak rizikové faktory nie sú liečené:[1, 2]

Pacienti s potvrdeným ASKVO	Kategórie rizika
Dokumentované ASKVO, klinické alebo jednoznačné na základe zobrazovacích vyšetrení. Dokumentované klinické ASKVO zahŕňa predchádzajúci AIM, AKS, koronárnu revaskularizáciu a iné revaskularizačné zákroky na tepnách, cievnu mozgovú príhodu (CMP) a TIA, aneuryzmu aorty a PAO. Jednoznačne dokumentované ASKVO na zobrazovacích vyšetreniach zahŕňa aterosklerotický plát pri koronárnej angiografii, ultrazvuku karotíd alebo na CTA. NEZAHŔŇA čiastočné zvýšenie spojitých zobrazovacích parametrov, ako je IMT karotickej tepny.	VEĽMI VYSOKÉ RIZIKO
Pacienti s ASKVO, u ktorých dochádza k opakovaným vaskulárnym príhodám počas maximálne tolerovanej terapie statínmi. Pacienti s polymorbidným (napr. koronárnym a periférnym) arteriálnym ochorením.	EXTRÉMNE RIZIKO

ŠPECIFICKÉ RIZIKOVÉ SKUPINY

DM

Väčšina dospelých s DM 2. typu má vysoké alebo veľmi vysoké riziko budúceho KVO. DM 2. typu v priemere zdvojnásobuje riziko KVO:

Pacienti s diabetes mellitus 2. typu	Podskupiny	Kategórie rizika
Pacienti s DM 1. typu vo veku nad 40 rokov môžu byť tiež klasifikovaní podľa týchto kritérií.	Pacienti s dobre kontrolovaným krátkotrvajúcim DM (napr. < 10 rokov), bez známok poškodenia cieľových orgánov a bez ďalších rizikových faktorov ASKVO	STREDNÉ RIZIKO
	Pacienti s DM bez ASKVO a/alebo závažného poškodenia cieľových orgánov* a nespĺňajúci kritériá stredného rizika	VYSOKÉ RIZIKO
	Pacienti s DM s potvrdeným ASCVD a/alebo závažným poškodením cieľových orgánov*	VEĽMI VYSOKÉ RIZIKO

CKD

Pacienti s CKD majú prinajmenšom vysoké riziko:

Pacienti s CKD		Kategórie rizika
CKD bez DM alebo ASKVO	Stredné CKD (eGFR 30 – 44 ml/min/1,73 m² a ACR < 30 mg/g alebo eGFR 45 – 59 ml/min/1,73 m² a ACR 30 – 300 mg/g alebo eGFR ≥ 60 ml/min/1,73 m² a ACR > 300 mg/g)	VYSOKÉ RIZIKO
	Závažné CKD (eGFR < 30 ml/min/1,73 m² alebo eGFR 30 – 44 ml/min/1,73 m² a ACR > 30 mg/g)	VEĽMI VYSOKÉ RIZIKO

* eGFR < 45 ml/min/1,73 m² bez ohľadu na albuminúriu; eGFR 45 – 59 ml/min/1,73 m² a mikroalbuminúria (ACR 30 – 300 mg/g); proteínúria (ACR > 300 mg/g); prítomnosť mikrovaskulárneho ochorenia v najmenej 3 rôznych lokalizáciách (napr. mikroalbuminúria plus retinopatia plus neuropatia)

Skratky: ACR – pomer albumínu a kreatinínu; ASKVO – aterosklerotické kardiovaskulárne ochorenie; ATV – atorvastatín; CKD – chronické ochorenie obličiek; DM – diabetes mellitus; eGFR – odhadovaná rýchlosť glomerulárnej filtrácie; IMT – hrúbka steny krčnej tepny; LDL-C – cholesterol viazaný v lipoproteínoch s nízkou hustotou;

TÉMA MESIACA:

DYSLIPIDÉMIA

Elektronická verzia:

PARTNER TÉMY:

KRKA

2. DEFINÍCIA CIEĽOVEJ HODNOTY LDL-C[1-3]

Intenzita liečby by sa mala zvyšovať so zvyšujúcim sa rizikom KVO.

Odhad 10-ročného rizika KVO	Cieľová hodnota
NÍZKE AŽ STREDNÉ RIZIKO	**LDL-C < 2,6 mmol/l** (non-HDL-C < 3,4 mmol/l)
VYSOKÉ RIZIKO	**LDL-C < 1,8 mmol/l** (non-HDL-C < 2,6 mmol/l) a **redukcia o ≥ 50 % oproti východiskovej hodnote**
VEĽMI VYSOKÉ RIZIKO	**LDL-C < 1,4 mmol/l** (non-HDL-C < 2,2 mmol/l) a **redukcia o ≥ 50 % oproti východiskovej hodnote**
EXTRÉMNE RIZIKO	**LDL-C < 1,0 mmol/l** (non-HDL-C < 1,8 mmol/l) a **redukcia o ≥ 50 % oproti východiskovej hodnote**

3. SCHÉMA PERORÁLNEJ LIEČBY

Pre všetky kategórie pacientov[1, 2, 4, 5]

Počiatočný LDL-C (non-HDL-C)	Dosiahnuteľné hladiny LDL-C (non-HDL-C) pomocou rôznych terapeutických stratégií[4, 5]			
	Statíny strednej intenzity (napr. RSV 5 – 10 mg alebo ATV 10 – 20 mg)	Statíny strednej intenzity (napr. RSV 5 – 10 mg alebo ATV 10 – 20 mg) + ezetimib	Statíny vysokej intenzity (napr. RSV 20 – 40 mg alebo ATV 40 – 80 mg)	Statíny vysokej intenzity (napr. RSV 20 – 40 mg alebo ATV 40 – 80 mg) + ezetimib
4,5 (5,3)	**3,2** (4,0)	**2,5** (3,3)	**2,3** (3,1)	**1,6** (2,4)
4,3 (5,1)	**3,0** (3,8)	**2,4** (3,2)	**2,2** (3,0)	**1,5** (2,3)
4,0 (4,8)	**2,8** (3,6)	**2,2** (3,0)	**2,0** (2,8)	**1,4** (2,2)
3,7 (4,5)	**2,6** (3,4)	**2,0** (2,8)	**1,9** (2,7)	**1,3** (2,1)
3,5 (4,3)	**2,5** (3,3)	**1,9** (2,7)	**1,8** (2,6)	**1,2** (2,0)
3,2 (4,0)	**2,2** (3,0)	**1,8** (2,6)	**1,6** (2,4)	**1,1** (1,9)
3,0 (3,8)	**2,1** (2,9)	**1,7** (2,5)	**1,5** (2,3)	**1,1** (1,9)
2,7 (3,5)	**1,9** (2,7)	**1,5** (2,3)	**1,4** (2,2)	**0,9** (1,7)
2,5 (3,3)	**1,8** (2,6)	**1,4** (2,2)	**1,3** (2,1)	**0,9** (1,7)
2,2 (3.0)	**1,5** (2,3)	**1,2** (2,0)	**1,1** (1,9)	**0,8** (1,6)

Priemerné zníženie LDL-C podľa typu perorálnej liečby:[1]

- statíny strednej intenzity ≈ 30 %
- statíny vysokej intenzity ≈ 50 %
- statíny vysokej intenzity + ezetimib ≈ 65 %

Referencie: Prevzaté a upravené podľa: **1.** Visseren FL J, Mach F, Smulders YM, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J. 2021; 42: 3227–3337. **2.** Mach F, Koskinas KC, Roeters van Lennep JE, et al. ESC/EAS Scientific Document Group. 2025 Focused Update of the 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. Atherosclerosis. 2025; 409: 120479. **3.** Mach F, Baigent C, Catapano AL, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. Eur Heart J. 2020; 41: 111–188. **4.** Reiter-Brennan C, et al. ACC/AHA lipid guidelines: Personalized care to prevent cardiovascular disease. Cleve Clin J Med. 2020; 87(4): 231–239. **5.** 2019 ESC Pocket Guidelines, Adapted from „2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk", Eur Heart J.