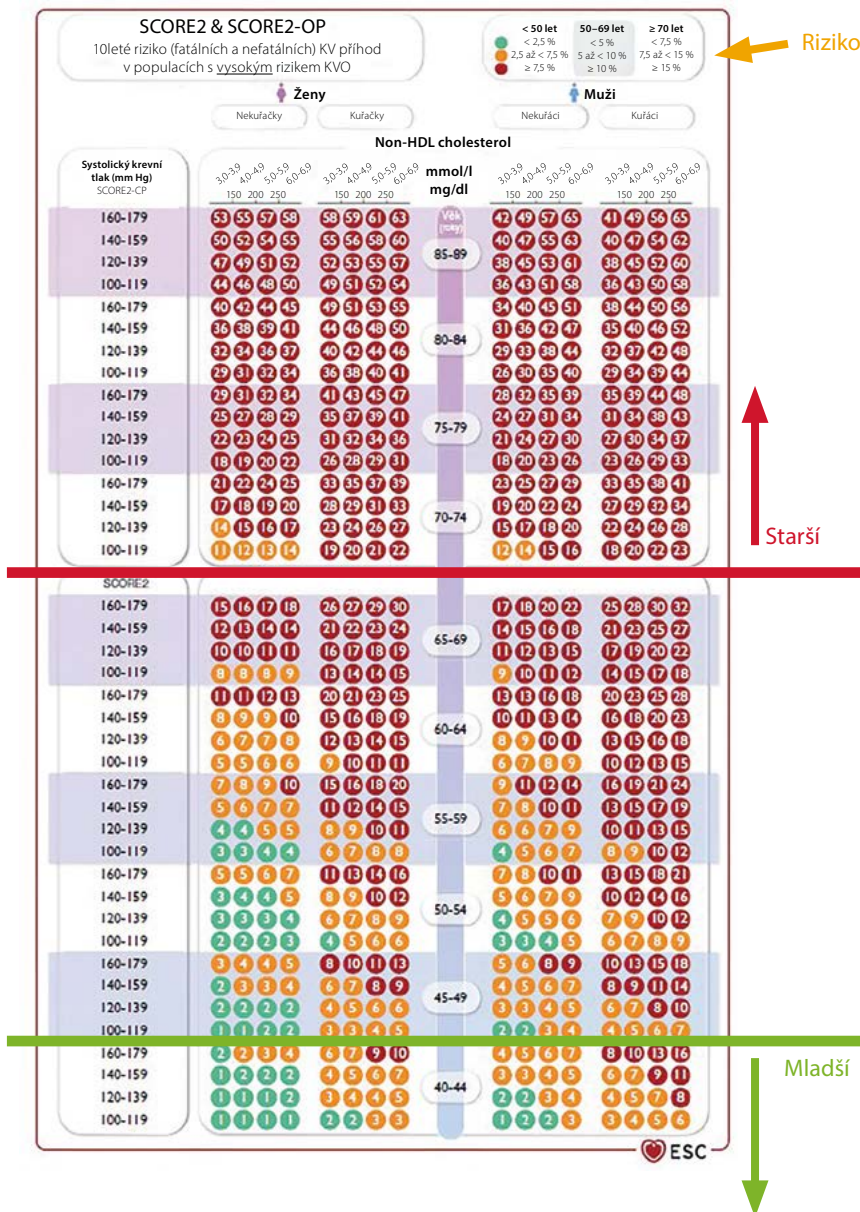


Obr. 2. 10leté riziko fatálních a nefatálních kardiovaskulárních příhod pro Českou republiku (země s vysokým rizikem). Zpracováno podle (1)



výskyt závažných kardiovaskulárních příhod u pacientů starších 75 let v primární prevenci oproti prevenci sekundární. (8 % vs. 26 %) (6). Preventivní, byť slabší efekt statinů na kardiovaskulární příhody je zpravidla i v této věkové skupině přítomen (7, 8). Další klinické studie jsou v běhu. Zásadní otázkou je, zda se významně projeví dlouhodobý efekt hypolipidemické léčby snižující kardiovaskulární příhody v kompetici s jinými chorobami a stavy omezujícími životní vyhlídky a kvalitu života staršího pacienta a nežádoucími účinky léčby. Pojďme zmínit ty nejdůležitější:

■ Geriatrická křehkost: syndrom charakterizovaný zhoršením funkčního stavu a zvýšenou zranitelností. Křehcí senio-

ři mají vysoké riziko rozvoje závislosti i úmrtí z kardiovaskulárních i nekardiovaskulárních příčin, jsou náchylnější k nežádoucím účinkům léků a komplikacím intervenčních a chirurgických výkonů (3).

■ Nežádoucí účinky léčiv: svalové symptomy spojené s užíváním statinů se častěji vyskytují u nemocných nad 75 let, žen, pacientů s nízkým BMI, onemocněným štítné žlázy a přechodnými svalovými symptomy. V primární prevenci doporučujeme začínat menšími dávkami a léčbu důsledně monitorovat.

■ Lékové interakce: mohou zvýšit riziko myopatie interakcí s CYP 3A4. Pozornost bychom měli věnovat mak-

rolidům (erytromycin, klaritromycin), antimykotikům (itakonazol), kalciovým blokátorům (verapamil, diltiazem), cyklosporinu a amiodaronu. Z potravin potom grapefruitovému džusu.

■ Nonadherence: staří nemocní léčení preventivní medikací mají vysoké procento nonadherence k léčbě, podle některých prací dosahující 44–55 % (5).

Při zvažování hypolipidemické léčby v primární prevenci kardiovaskulárních chorob u starších pacientů je třeba řešit následující okruhy otázek: odhad rizika, obecná preventivní opatření, nasazení hypolipidemické léčby a nenasazení/vysazení hypolipidemické léčby.

Odhad rizika

Nové doporučené postupy pro ESC pro prevenci kardiovaskulárních chorob z roku 2021 nahradily dosud používané a všeobecně známé tabulky rizika SCORE (využívající 10leté riziko fatálních kardiovaskulárních příhod) novými tabulkami SCORE 2 a SCORE 2 OP (Obr. 2). Tabulky jsou dostupné i v online verzích v informačních systémech pro zdravotnická zařízení. U obyvatel České republiky volíme tabulku pro země s vysokým rizikem. Pacientovi přiřadíme terčik podle pohlaví, věku, systolického krevního tlaku, kuřáctví/nekuřáctví a non-HDL-cholesterolu. Non-HDL-cholesterol vypočteme jako rozdíl celkového a HDL-cholesterolu.

Model SCORE 2 OP (older patients) stanovuje 10leté riziko fatálních a nefatálních příhod (infarktu myokardu a CMP) adjustované na kompetitivní riziko osob ve věku ≥ 70 let. Proč je nutná adjustace rizika na věk? Víme, že věk je zásadním faktorem ovlivňující riziko KVO. Mladí pacienti mají téměř vždy nízké 10leté riziko KVO, uplatňujeme však přísnější kritéria s cílem zlepšit ovlivnitelné rizikové faktory v průběhu dalších let a desetiletí (Obr. 2). Jak již bylo zmíněno výše, u starších pacientů naopak vliv klasických rizikových faktorů jako lipidy a hypertenze na mortalitu slábne a stoupá riziko úmrtí z příčin nekardiovaskulárních (kompetitivní riziko). Existuje tedy tendence k nadhodnocení rizika kardiovaskulárních