proLékaře.cz | 25.11.2026

Aktualizace doporučení ESC/EAS pro dyslipidemie: co je nového?

Update to ESC/EAS recommendations for dyslipidemia: what's new?

Kristýna Čillíková

Česká společnost pro aterosklerózu

✉ **Mgr. Kristýna Čillíková** | komunikace@athero.cz | www.athero.cz

Doručeno do redakce | Doručené do redakcie | Received 18. 11. 2025

Na letošním kongresu Evropské kardiologické společnosti (ESC) v Madridu byla publikována tzv. cílená aktualizace doporučených postupů pro management dyslipidemií z roku 2019. Nový dokument byl analyzován a komentován na tradiční Česko-slovenské lipidové akademii, která se uskutečnila na konci září v Mikulově.

Cílenou aktualizaci doporučených postupů ESC/EAS pro management dyslipidemií z roku 2019 [1] vypracoval mezinárodní panel odborníků, který vedl prof. François Mach (Ženevská univerzitní nemocnice, Švýcarsko). V užším autorském týmu byli dále prof. Jeanine Roeters van Lennep (Erasmus University Medical Center, Rotterdam, Nizozemsko), a dr. Konstantinos Koskinas (Bernská univerzitní nemocnice, Švýcarsko).

Na aktualizaci již reagovali také čeští odborníci, a to při diskusi u kulatého stolu uskutečněné v rámci Česko-slovenské lipidové akademie, pořádané společně Českou společností pro aterosklerózu (ČSAT) a Slovenskou asociací aterosklerózy (SAA). Předseda ČSAT, prof. MUDr. Michal Vrablík, Ph.D., který diskusní panel moderoval, předznamenal, že výbor ČSAT v brzké době připraví tradiční komentář k aktualizaci, jenž zasadí vybranou problematiku do českého kontextu, např. vzhledem k úhradovým podmínkám atd. Je důležité uvést, že aktualizace ESC/EAS se nezabývá fakty a postupy, které zůstávají oproti roku 2019 nezměněné, reflektuje pouze nová data. Má tak pouhých 19 stran včetně odkazů na literaturu, což v Mikulově většina přítomných odborníků kvitovala s povděkem: „I v klinické praxi mnohdy platí, že méně je více. Doporučené postupy o rozsahu 100 a více stran čte jen málokdo celé. Proto asi nemá smysl opakovat fakta, která už jsou publikovaná, známá a zažitá," uvedl např. doc. MUDr. Branislav Vohnout, Ph.D., předseda SAA. Prof. MUDr. Renata Cífková, CSc., dodala, že takový přístup je obvyklý například v Kanadě, kde každoročně vychází jen jedna strana aktualizací doporučených postupů k managementu arteriální hypertenze. Kanada je přitom zemí s doloženou nejlepší kontrolou arteriální hypertenze, což se propisuje do vůbec nejnižší úmrtnosti na cévní mozkové příhody.

Kategorií rizika je pět

Aktualizace zavádí celkem 5 kategorií kardiovaskulárního (KV) rizika – nízké, střední, vysoké, velmi vysoké a extrémní. Od roku 2019 byla vydána některá další evropská guidelines, mimo jiné i pro KV-prevenci [2], která kategorii nízkého a středního rizika sloučila v jednu kategorii s cílovými hodnotami LDL-cholesterolu (LDL-C) < 2,6 mmol/l. Nová aktualizace z roku 2025 tyto kategorie znovu rozděluje s odůvodněním zachování kontinuity s doporučeními z roku 2019. Pro osoby s nízkou kategorií rizika tak platí méně přísné cílové hodnoty LDL-C < 3,0 mmol/l. Názory na rozdělení kategorií nízkého a středního rizika se mezi odborníky na Lipidové akademii různily, např. prof. MUDr. Vladimír Blaha, CSc., hodnotil tuto změnu pozitivně – umožní podle něj lépe rozlišovat riziko a rozhodnout o tom, zda je již na místě farmakoterapie, nebo se intervence postaví přednostně na změně životního stylu. Prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc., s rozdělením kategorií rizik naopak nesouhlasí: „Víme, že čím níže, tím lépe, a to platí i u jedinců zjevně zdravých."

Skórovací systémy ve verzi 2

Pokud jde o skórovací systémy, v aktualizaci se doporučují SCORE 2, SCORE 2-Diabetes a SCORE-OP (nástroj pro predikci rizika přizpůsobený riziku u lidí ve věku 70 až 89 let).

„Na Slovensku se nový systém SCORE 2 ujal poměrně rychle a dobře, protože zdravotní pojišťovny začaly proplácet výkon stanovení rizika dle SCORE ve výši 5,60 eur, a to jak praktickým lékařům, tak specialistům, podle toho, kdo riziko u pacienta stanovil dříve," popsal slovenskou novinku doc. Vohnout. Důležité je ale samozřejmě také to, co se bude dít s pacientem po stanovení výše rizika, zda budou naplánována a uskutečňována léčebná opatření, která povedou k cílovým hodnotám LDL-C a změní prognózu pacienta. „Pokud se podíváme na SCORE 2-Diabetes, jde o proces, který zabírá v kli-

proLékaře.cz | 25.11.2026

nické praxi čas, a lze říct, že v českých podmínkách přináší v podstatě stejný výsledek jako tradiční SCORE 2, tedy riziko vysoké a velmi vysoké," myslí si prof. Vrablík. Podle diabetologa doc. Vohnouta se ale tabulky pro diabetickou populaci vyplatí, v řadě případů můžou riziko překlasifikovat na nižší. „V nové aktualizaci doporučení mi ovšem trochu chybí celkově větší důraz na rizikovost diabetické populace," dodal.

Další zajímavou kapitolou jsou modifikátory rizika – rizikový profil populací se v čase mění. Jak uvedl prof. Vrablík, dnes už například nemá tak silnou prediktivní hodnotu LDL-C ve srovnání např. s psychosociálními rizikovými faktory, tedy stresem, a vnějšími faktory, jako je znečištění životního prostředí. V tomto kontextu je důležité zmínit, že letos vůbec poprvé vyšla doporučení ESC pro management duševního zdraví s ohledem na kardiovaskulární zdraví [3]. Jsou v nich např. nabídnuty nástroje pro odhad míry psychosociálního stresu. „V aktualizaci mi ale například jako modifikátor rizika chybí gestační diabetes, opakované spontánní potraty nebo předčasný porod," doplnila prof. Cífková.

V aktualizaci dochází rovněž k rehabilitaci biomarkerů ve screeningu cévního rizika oproti roku 2021 – je doporučeno používat hodnocení systémové zánětlivé aktivity (hsCRP) a stanovit koncentrace lipoproteinu(a) – cut-off hodnoty jsou 50 mg/dl (105 nmol/l).

Už bylo řečeno, že kategorie rizika doplňuje tzv. extrémní riziko. Jak podotkl prof. Vrablík, kategorie extrémního rizika se z dosavadní pozice „pod čarou" zařadila mezi ostatní „oficiální" kategorie rizika. Do této kategorie patří pacienti s opakovanými aterotrombotickými příhodami během dvou let navzdory maximální hypolipidemické terapii, a co je důležité, s polyvaskulárním postižením. Cílová hodnota LDL-C je pro tyto nemocné < 1,0 mmol/l. Pro všechny kategorie rizika samozřejmě platí současně aspoň 50% snížení hodnot oproti hodnotám vstupním.

V aktualizaci je vyjádřena potřeba pátrat po přítomnosti aterosklerózy, a tak lépe klasifikovat riziko pacienta. Doporučovány jsou k tomu i zobrazovací metody. Znovu se objevuje screening kalciového skóre, a to u osob, které jsou v hraničních kategoriích rizika.

Primární a sekundární prevence – kdy má toto dělení smysl?

Aktualizace dělí pacienty ve vysokém KV-riziku na osoby v primární a osoby v sekundární prevenci. Toto dělení zdánlivě nedává smysl, podle prof. MUDr. Vladimíra Sošky, CSc., ale může mít význam například u osob vysokého věku bez dalších rizikových faktorů – v situaci, kdy jsou do vysokého rizika zařazeni jedinci jen kvůli věku, je otázkou, zda u nich vůbec uvažovat o nasazení hypolipidemické terapie. „Pokud máme ale osmdesátníka v primární prevenci ve vysokém riziku a jeho LDL-C je například 2,5 mmol/l, měli bychom se snažit snížit jeho hodnoty k 1,4 mmol/l," namítla prof. Rosolová. Podle prof. Vrablíka je to složité rozhodování a odpovědi snad přinesou dosud probíhající statinové studie u seniorní populace (STAREE a PREVENTABLE). Osobou v primární prevenci se rozumí jedinec, který není po cévní příhodě. V primární prevenci se farmakologická léčba snižující hladinu LDL-C doporučuje u osob:

- s velmi vysokým rizikem a hladinou LDL-C ≥ 1,8 mmol/l nebo
- s vysokým rizikem a hladinou LDL-C ≥ 2,6 mmol/l navzdory optimalizaci nefarmakologických opatření ke snížení rizika KVO (úroveň doporučení IA)

Poprvé se ale objevuje (ve třídě doporučení IIaA) informace, že v primární prevenci by měla být farmakologická léčba snižující hladinu LDL-C zvážena u osob: s velmi vysokým rizikem a LDL-C ≥1,4 mmol/l, ale <1,8 mmol/l. Podle prof. Rosolové je toto doporučení zbytečně složité: „Pokud je pacient ve vysokém nebo velmi vysokém riziku, má být léčen k cílovým hodnotám, bez ohledu na to, zda je v primární nebo sekundární prevenci." Podle prof. Vrablíka je to myšleno tak, že když jsou pacientovy hodnoty LDL-C ≥ 1,8 mmol/l, nemá lékař léčbu zvažovat, ale rovnou ji zahájit. „Tato zjevně složitá formulace má být oporou pro o něco časnější agresivnější postup z hlediska indikace farmakologické léčby," uzavírá.

Síla kombinačních terapií a rychlá eskalace léčby

V doporučeních je praktická tabulka znázorňující průměrné snížení koncentrace LDL-C (v procentech) při různých farmakologických terapiích s prokázanými kardiovaskulárními přínosy – jedná se přitom nejen o monoterapie, ale především o různé kombinace hypolipidemik včetně inhibitorů PCSK9, inklisiranu a kyseliny bempedoové. „Některé kombinace mohou v našich podmínkách komplikovat úhradová kritéria, přesto lze říci, že většinu pacientů lze dovést k velmi nízkým hodnotám LDL-C," konstatoval prof. Vrablík. Všechny dosud používané lékové skupiny nic neztrácejí na svém významu a mají být používány jako dosud. S novými důkazy z klinických studií přichází kyselina bempedoová. „Měli bychom dokonce zvážit její přidání k maximální tolerované dávce statinu s ezetimibem nebo bez něj, aby bylo dosaženo cílové hladiny LDL-C. Toto doporučení má sílu konsenzu odborníků," konstatoval prof. Vrablík a dodal, že dat pro tento postup není mnoho, v ČR by jej navíc omezovaly platné úhradové podmínky. Na druhou stranu jde o signál, že kyselina bempedoová rozšiřuje pole své působnosti.

Pro léčbu pacientů s homozygotní familiární hypercholesterolemií (hoFH) je určen evinakumab (v ČR je jím aktuálně léčeno 6 pacientů). Evinakumab by měl být zvážen u pacientů s hoFH ve věku > 5 let, kteří nedosahují cílových hodnot LDL-C ani přes podávání maximálních dávek hypolipidemické léčby (doporučení IIaB) – důležitá data o bezpečnosti a účinnosti získal evinakumab v loňském roce.

„Celkově si v aktualizaci všímáme tlaku na rychlé snižování LDL-C a na rychlou eskalaci léčby. Zahajování léčby můžeme dokonce provést pomocí kombinací, pokud je pacient vzdálen svým cílovým hodnotám – což je prakticky

proLékaře.cz | 25.11.2026

vždycky," vyzdvihl prof. Vrablík a doplnil, že už ale i dřívější guidelines tuto „up-front" terapii propagovaly, tudíž nejde o zcela nový koncept.

Omega-3 mastné kyseliny a doplňky stravy

Pokud jde o léčbu hypertriglyceridemie, nepřibyla nová data k fibrátům, a platí tedy to, co bylo uvedeno v minulých doporučeních. Do doporučení se ale dostal volanesorsen pro pacienty s těžkou hypertriglyceridemií. Byl schválen Evropskou agenturou pro léčivé přípravky (EMA) u dospělých pacientů s geneticky potvrzenou familiární chylomikronemií (FCS) a vysokým rizikem pankreatitidy, u nichž byla reakce na dietu a léčbu snižující hladinu triglyceridů nedostatečná. Tento lék by měl být zvážen u pacientů s těžkou hypertriglyceridemií způsobenou FCS.

V aktualizaci je obsaženo jasné vyjádření k použití polynenasycených mastných kyselin (PUFA). S ohledem na novější důkazy ze studie STRENGTH byla revidována příslušná doporučení – výslovně se uvádí, že u pacientů s vysokým nebo velmi vysokým rizikem se zvýšenými koncentracemi triglyceridů by měly být PUFA zváženy i přes léčbu statiny ke snížení kardiovaskulárních příhod. V ČR ale PUFA v podobě léčivých přípravků nejsou dostupné. Prof. Vrablík dodal, že se již jedná o distribuci léčivého přípravku Vascepa (ikosapent ethyl), používaného ke snížení rizika srdečních příhod u dospělých s vysokou koncentrací triglyceridů a buď se srdečním onemocněním, nebo s diabetem a dalšími rizikovými faktory. Aktivní látkou je vysoce čistá forma kyseliny eikosapentaenové (EPA). „Souběžně se ale v aktualizaci píše, že běžné doplňky s omega-3 mastnými kyselinami, které obsahují směs EPA/DHA, se nemají používat, protože nemají žádné důkazy o účinnosti," doplnil prof. Vrablík. Za pozornost stojí i informace, že doplňky stravy a vitamíny bez prokázané bezpečnosti a účinnosti ve snižování LDL-C se nedoporučují. Autorský tým letošních doporučení uvedl, že prohledal dostupné důkazy a nenašel žádné doplňky stravy ani vitamíny, které by byly bezpečné a účinné a měly by významný příznivý vliv na kardiovaskulární prognózu. Potvrzuje však předchozí doporučení v tom, že zdravé stravovací návyky, jako je konzumace pouze nízkého množství nasycených tuků, konzumace celozrnných výrobků, zeleniny, ovoce a ryb, mohou snížit koncentrace LDL-C.

Statiny pro onkologické pacienty

Nově, vůbec poprvé v lipidových doporučeních, je zařazena kapitola o terapii osob podstupujících protinádorovou terapii. Tato léčba je často kardiotoxická, objevují se ale studie ukazující, že předléčením statiny se významně snižuje kardiotoxický účinek onkologické léčby, zejména antracyklinové chemoterapie. „Je důležité, aby všichni pacienti indikovaní k onkologické léčbě byli zkontrolováni z pohledu rizikových faktorů a byli léčeni k cílovým hodnotám. Bohužel, v praxi je opak pravdou: statiny jsou často onkologickým pacientům vysazovány, protože nejsou považovány v tu chvíli za důležitou léčbu," řekla prof. Cífková a dodala, že v této oblasti je třeba více osvěty a mezioborové komunikace – pomoci by mohla nově etablovaná Pracovní skupina kardioonkologie při České kardiologické společnosti.

Léčba pacientů HIV-pozitivních

Pokyny také doporučují použití statinů k prevenci KVO u pacientů s HIV ve věku > 40 let, bez ohledu na jejich kardiovaskulární riziko. To vyplývá z rozsáhlé multicentrické randomizované dvojitě zaslepené studie s názvem REPRIEVE, která prokázala významné snížení výskytu KVO u pacientů, kteří byli po 5 letech randomizováni k užívání statinů. Lidé s HIV mají ve srovnání s běžnou populací 2násobně vyšší výskyt ASKVO.

Literatura

1. Mach F, Koskinas KC, Roeters van Lennep JE et al. 2025 Focused Update of the 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: Developed by the task force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). Eur Heart J 2025, 46(42): 4359–4378. Dostupné z DOI: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf190>.

2. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J 2021; 42(34): 3227–3337. Dostupné z DOI: <http://doi: 10.1093/eurheartj/ehab484>.

3. Bueno H, Deaton C, Farrero M et al. 2025 ESC Clinical Consensus Statement on mental health and cardiovascular disease: developed under the auspices of the ESC Clinical Practice Guidelines Committee. Eur Heart J 2025; 46(41): 4156–4225. Dostupné z DOI: <http://doi: 10.1093/eurheartj/ehaf191>.