

**Tab. 1.** Úvodní a ekvivalentní dávky statinů v mg v korelaci se snížením hladiny LDL-C (podle Law et al., 2003; Jones et al., 2003)

Úvodní dávka statinů (mg)						
Úvodní dávka (mg)	10–20	20	10–20	40	10, 5 při hypotyreóze, věk > 65 let, asijská populace	20
V případě vyšších cílových hodnot LDL-C	40 při > 45 %	40 při > 25 %	20 při > 20 %	–	20 při LDL-C > 4,87 mmol/l	40 při > 45 %
Optimální doba užití	kdykoli	večer	s večerním jídlem	kdykoli	kdykoli	večer
Ekvivalentní dávka statinů (mg)						
Snížení hladiny LDL-C (%)	Atorvastatin	Fluvastatin	Lovastatin	Pravastatin	Rosuvastatin	Simvastatin
10–20	–	20	10	10	–	5
20–30	–	40	20	20	–	10
30–40	10	80	40	40	5	20
40–45	20	–	80	80	5–10	40
46–50	40	–	–	–	10–20	80*
50–55	80	–	–	–	20	–
56–60	–	–	–	–	40	–

*Dávka 80 mg se nedoporučuje vzhledem ke zvýšenému riziku rhabdomyolýzy

(SAMS). Klinické příznaky statinové myopatie jsou rozsáhlé. Zahrnují asymptomatické průběhy, kde je přítomné pouhé zvýšení kreatinkinázy v séru, přes výraznou symptomatologii spojenou se svalovou slabostí či rozpadem svalových vláken (rhabdomyolýzou) s 10% mortalitou. Rhabdomyolýza je naštěstí velmi vzácná (1–3 případy/100 000 pacient/roků). Je zvýšená hladina kreatinkinázy, dochází k nekróze svalové tkáně, vzniká myoglobinurie a to vše vede až k selhání ledvin. Randomizované kontrolované a kohortové studie

udávají 1–5% incidenci statinové myopatie, ale skutečný výskyt je v klinické praxi odhadován na 10–15 % (Bednařík et al., 2017). Statinová myopatie se vyskytne obvykle do jednoho roku od nasazení léčby a je částečně či plně reverzibilní po vysazení statinů (Cham et al., 2010). Výjimkou je nově popsána statiny indukovaná nekrotizující autoimunitní myopatie asociovaná s autoprotilátkami proti HMGCR, objevující se obvykle roky po zavedení léčby statiny a vyžadující imunomodulační léčbu (Bednařík et al., 2017).