



Při výskytu svalových bolestí je zapotřebí léčbu přerušit. Doporučuje se poté vyzkoušet nejméně dva další statiny, než je konstatována statinová intolerance. Například u atorvastatinu a rosuvastatinu není léčba spojena s vyšším výskytem myalgií/myopatií či jiných nežádoucích účinků (Włodarczyk et al., 2008). K rizikovým faktorům rozvoje myopatie patří také vyšší věk, akutní infekce, diabetes mellitus, nedostatek vitamínu D, hypotyreóza, revmatoidní artritida, vysoká konzumace alkoholu, vysoká fyzická zátěž a další (Collins et al., 2016).

Známé je též zvýšené riziko dysglykemie s případným rozvojem diabetes mellitus typu 2 (1 případ na 255 pacientů léčených čtyři roky statinem). Riziko je vyšší při léčbě statiny ve vyšších dávkách, starších osob, obézních pacientů a při zvýšené inzulinové rezistenci (Collins et al., 2016). Absolutní snížení výskytu kardiovaskulárních příhod u vysoce rizikových pacientů nicméně jednoznačně převažuje nad rizikem nového výskytu diabetes mellitus.

V metaanalýze CTT (2012) bylo zjištěno relativní zvýšení rizika hemoragického iktu o 21 % při snížení LDL-C o 1 mmol/l. Další studie však zvýšené riziko neprokázaly a je třeba zmínit, že přínos statinů v léčbě ischemického iktu toto riziko významně převažuje.

Léčba ve stáří

U osob starších 80 let nejsou randomizované kontrolované studie se statiny. Randomizované a observační studie u 75letých a starších pacientů podporují myšlenku sekundární prevence aterosklerotické kardiovaskulární choroby (ASCVD) statiny, avšak doklady o přínosu primární prevence u starších osob nejsou jednoznačné. Nicméně primární prevence je možná, nebyly zjištěny výrazné nežádoucí účinky, které by nastaly při léčbě

statiny (Newman et al., 2019). Je třeba přihlídnout ke komorbiditám, další souběžné léčbě a výrazně vyšší „vulnerabilitě“ těchto pacientů (CTT, 2019).

Neuroprotektivní účinky

Statiny mohou zejména za patologických podmínek modulovat řadu procesů v lidském těle i v samotném mozku. Navozují vazodilataci, inhibici proliferace buněk hladkého svalu ve stěně cév, zlepšují funkce endoteliálních buněk, stabilizaci aterosklerotického plátu, aj. Důležitý je také jejich antiagregační, antioxidantní a protizánětlivý účinek (Liao et al., 2005). Mikroglie, buňky v nervové tkáni, komunikují s neurony i astrocyty, účastní se imunitních procesů. Jsou součástí vrozeného primárního imunitního systému. K jejich aktivaci dochází při traumatu, infekci, neurodegeneraci, zánětu. Detekují poškození nervové tkáně, chovají se též jako fagocyty. Způsobují sekreci prozánětlivých mediátorů. Fungují tedy jako „technický správce“ v centrálním nervovém systému. Nekontrolovaný zánět nervových buněk se významně podílí na řadě neurologických onemocnění, v nichž statiny hrají důležitou neuroprotektivní roli. Jde zejména o neurodegenerativní nemoci (Bagheri et al., 2019) – Parkinsonova nemoc, Alzheimerova demence (Lokhandwala et al., 2020), Huntingtonova choroba (Schulz et al., 2019), spinocerebelární ataxie, spinální svalová atrofie, amyotrofická laterální skleróza, stavy po poranění mozku, roztroušená skleróza (Ciurleo et al., 2014) nebo cévní mozková příhoda.

Statiny mohou přestupovat hematoencefalickou bariéru a snížit aktivaci mikroglie i následné vyplavování prozánětlivých mediátorů, což bylo zjištěno v experimentálních studiích. Příznivý vliv statinů na zmírnění rozvoje řady neurologických onemocnění byl prokázán v metaanalýzách a retrospektivních studiích (Bagheri et al., 2019).