

## RIZIKOVÉ KATEGORIE

Nové doporučené postupy setrvaly u čtyř základních kategorií kardiovaskulárního rizika, které zavedla předchozí guidelines z roku 2016 (5). Přesněji však vymezují situace řadící pacienty do jednotlivých skupin. Do kategorie velmi vysokého rizika nově řadí pouze nemocné s ICHS dokumentovanou pomocí zobrazovacích metod se stenózou minimálně dvou epikardiálních věnčitých tepen nad 50 % průsvitu. Tento požadavek vyplývá z pozorování rozdílné prognózy nemocných s různým stupněm koronárního postižení a toto „zprůsnění“ zobrazovacích kritérií tedy podporují data (6). Na druhou stranu, přítomnost aterosklerotického tepenného postižení jakéhokoli stupně (i bez hemodynamicky významného zúžení), lze považovat za důležitou informaci (spolu)určující riziko. Navíc, s ohledem na obtížnost kvantifikace zobrazovacích nálezů, se tento nově postulovaný požadavek jeví jako příliš omezující. Jistě by nebylo dobré, aby nález aterosklerotických změn se stenózami 30–40 % na více koronárních tepnách vedl k představě, že jde o nezávažný nález, který nezasluhuje maximální možnou intervenci. Doporučení tento přístup zmírňují ponecháním benevolentního přístupu k hodnocení aterosklerotických změn zjištěných při duplexním ultrazvukovém vyšetření periferních tepen. Podobně jako ve verzi guidelines z roku 2016 se za ekvivalent velmi vysokého rizika považuje nález významných aterosklerotických změn. Doporučení záměrně neurčují blíže, co má být považováno za významnou změnu, protože ta musí být vztažena k věku a dalším charakteristikám vyšetřovaného. Přítomnost aterosklerotického plátu bez hemodynamické významnosti u 40letého pacienta představuje významnou změnu, tentýž nález ve věku 80 let bude mít zcela jiný význam pro prognózu nemocného i kategorizaci jeho rizika.

Kromě známých čtyř kategorií rizika zavádějí guidelines ve své verzi 2019 také novinku: **kategorii nejvyššího nebo extrémního rizika**. Definiují ji jako opakování atherotrombotické cévní příhody do dvou let od první události při již zavedené léčbě. U těchto pacientů doporučují autoři guidelines maximální intenzitu hypolipidemické terapie se snahou o dosažení velmi nízkých lipidových koncentrací.

**Tab. 1. Kategorie kardiovaskulárního rizika podle doporučení ESC/EAS 2019**

Velmi vysoké riziko	Vysoké riziko	Střední riziko	Nízké riziko
Klinicky nebo zobrazovací metodou prokázané KV onemocnění aterosklerotické etiologie (ASKVO). ASKVO zahrnuje předchozí AKS (IM nebo nestab. AP), stabilní AP, koronární revaskularizace (PCI, CABG a jiné arteriální revaskularizace), CMP a TIA a ICHDK. Za ASKVO jednoznačně prokázané zobrazovací metodou považujeme nález nemoci více koronárních tepen se stenózou 2 velkých epikardiálních tepen > 50 %, nebo významné AS změny karotid detekované ultrazvukově	Významné zvýšení izolovaného rizikového faktoru, zejména TC > 8 mmol/l, LDL-C > 4,9 mmol/l nebo TK ≥180/110 mm Hg	Mladí pacienti (s DM 1. typu do 35let věku; DM 2. typu do 50 let věku) s trváním diabetu < 10 let, bez dalších rizikových faktorů	Vypočtené riziko fatální KV příhody pomocí SCORE < 1%
DM s orgánovým postižením, anebo přítomnost nejméně 3 velkých RF. Časně vzniklý DM 1. typu s dobou trvání > 20 let	Pacienti s FH bez dalších velkých rizikových faktorů	Vypočtené riziko fatální KV příhody pomocí SCORE ≥ 1 % a < 5	
CKD 4. a 5. stupně (eGFR <30 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> )	Pacienti s DM bez orgánového poškození, s dobou trvání DM ≥10 let nebo s dalším rizikovým faktorem		
Vypočtené riziko fatální KV příhody pomocí SCORE ≥ 10%	CKD 2. a 3. stupně (eGFR 30–59 l/min/1,73 m <sup>2</sup> )		
FH s ASKVO nebo alespoň jedním dalším velkým rizikovým faktorem	Vypočtené riziko fatální KV příhody pomocí SCORE ≥ 5 % a < 10%		

ASKVO – aterosklerotické kardiovaskulární onemocnění; AKS – akutní koronární syndrom; TK – krevní tlak; CABG – coronary artery bypass graft (aortokoronární bypass); CKD – chronic kidney disease (chronické onemocnění ledvin); CT – počítačová tomografie; KVO – kardiovaskulární onemocnění; DM – diabetes mellitus; eGFR – estimated glomerular filtration rate (odhadovaná glomerulární filtrace); FH – familiární hypercholesterolemie; LDL-C – low-density lipoprotein cholesterol; IM – infarkt myokardu; PCI – perkutánní koronární intervence; SCORE – Systematic Coronary Risk Estimation; TC – celkový cholesterol; TIA – tranzitorní ischemická ataka.  
Podle: Mach F, et al. Eur Heart J 2019. doi: 10.1093/eurheartj/ehz455. Epub ahead of print.