

Tab. 2. Rozdělení souboru do kategorií kardiovaskulárního rizika na základě 6. Společných evropských Doporučení (n (%))

Velmi vysoké riziko	150 (16,7%)
anamnéza vaskulární choroby	54 (6,0%)
ABI < 90	4 (0,5%)
manifestní diabetes s dalšími komplikujícími faktory	12 (1,3%)
těžce snížená glomerulární filtrace (eGFR < 30 ml/min)	0 (0%)
SCORE ≥ 10	80 (8,9%)
Vysoké riziko	330 (36,8%)
výrazně elevované jednotlivé rizikové faktory [#]	4 (0,5%)
manifestní diabetes bez dalších komplikujících faktorů [†]	42 (4,7%)
středně závažné snížení glomerulární filtrace (eGFR 30–59 ml/min)	12 (1,3%)
SCORE 5–9,9	156 (17,4%)
již zahájená hypolipidemická léčba	52 (5,8%)
již zahájená antihypertenzní léčba	64 (7,1%)
Mírně zvýšené riziko (SCORE 1–4,9)	177 (19,7%)
Nízké riziko (SCORE < 1)	241 (26,8%)

[#] krevní tlak ≥ 180/110 mmHg či celkový cholesterol ≥ 8 mmol/l
[†] definice ostatních faktorů je uvedena pod tab. 1 či v Metodice

(5) byla tato skupina redefinována a dosti zásadně rozšířena o další kvalifikující parametry. Jak vidno z našich dat, skupinu ve skutečnosti rozšířilo jen marginálně (asi o 0,5%), pokud jsme do ní přidali ještě i pacienty se sníženým ABI (což lze považovat již za průkaz ischemické choroby dolních končetin (12)), a asi by ještě o něco vzrostla, pokud bychom použili některou ze sofistikovanějších metod průkazu asymptomatické aterosklerózy (např. průkaz sklerotického plátu zobrazovací metodou či tzv. kalciové skóre, získané pomocí CT). Naopak její rozsah, alespoň v našem souboru, ale neovlivnila přítomnost závažné renální insuficience, která je rovněž jedním z kvalifikujících parametrů velmi vysokého rizika (resp. tito nemnozí pacienti zůstali „ukryti“ ve skupině anamnesticky manifestní vaskulární choroby). Tradičně byly za podobně rizikové, jako jsou pacienti s již manifestovanou vaskulární chorobou považováni diabetici, ale recentní definice „velmi vysokého rizika“ tuto podskupinu omezuje jen na diabetiky s orgánovými komplikacemi či dalšími komitujícími rizikovými faktory (v praxi zejména kouření); takovýchto jedinců jsme v našem souboru našli také poměrně málo a k četnosti kategorie „přispěli“ jen dalšími 1,3%. Zcela zásadní se ale pro složení kategorie „velmi vysoké riziko“ nakonec ukázal kvalifikující faktor SCORE ≥ 10, kterýžto v našem souboru splňovalo takřka 9% všech probandů (oproti „jen“ 6% s již manifestovanou vaskulární chorobou).

Na základě našich dat je možno konstatovat, že na úrovni tzv. primární péče je skutečná realizace prevence kardiovaskulárního rizika, z hlediska adherence k definovaným principům a léčebným cílům v případě této skupiny s „velmi vysokým rizikem“ zcela nedostatečná. Jak se ukázalo, více než 41% pacientů v této kategorii kouří, což je o více než polovinu větší prevalence, než jaký je u nás populační průměr kouření (asi 25% v roce 2017 – viz zpráva Státního zdravotního ústavu, „Užívání tabáku v České republice“; www.szu.cz) či dokonce až 2krát více, než to bylo u pacientů po infarktu myokardu (19% u českých pacientů ve studii EUROASPIRE V z roku 2016/2017 (4)). Podobně „neradostně“ působí situace v kontrole hypertenze a dyslipidemie, kde náležité kontroly krevního tlaku (< 140/90 mm Hg) dosáhlo jen asi 39%, zatímco cílovou hodnotu LDL-cholesterolu < 1,8 mmol/l dokonce jen necelých 9% pacientů. Příkrý rozchod praxe a teorie poměrně dobře ilustruje fakt, všech 6 sledovaných preventivních principů, definovaných současnými Doporučeními, dosáhl ve skutečnosti 1 (!) pacient s „velmi vysokým rizikem“ ze 150 v naší studii vyšetřených.

O příčinách této situace je možno jenom spekulovat, ale jednou z nich bude asi obecně špatná percepce skutečné výše kardiovaskulárního rizika ve skupině ještě asymptomatických osob (zřejmě jak ze strany pacientů, tak i jejich ošetřujících lékařů). Toto lze dokumentovat, pokud předložená data srovnáme s výsledky studie EUROASPIRE (3). Na rozdíl této analýzy, soubor studie EUROASPIRE zahrnuje výhradně pacienty po infarktu či koronární revascularizaci, ale z hlediska rizikosti (či přinejmenším priorit prevence) je vlastně srovnatelný se skupinou „velmi vysoké riziko“ této studie. Již jen z hlediska preskripce základní farmakoterapie se však zcela zásadně liší, antihypertenzní léčbu při vyšetření v letech 2016/2017 (EUROASPIRE V) užívalo v českém souboru takřka 99% pacientů (v souboru této studie to bylo jen asi 63%), statiny 92% (oproti jen 36%) atd.; markantní rozdíl byl ale i v kontrole těchto faktorů, kdy v EUROASPIRE V dosáhlo cílové hodnoty krevního tlaku a LDL-cholesterolu 50,7% a 48%, zatímco v této studii jen asi 39% a 9%, resp. (a neméně markantní rozdíl v prevalenci kouření je již popsán výše). Za jednu z hlavních příčin rozdílu v náležité kontrole kardiovaskulárního rizikového profilu mezi osobami již po manifestaci ischemické choroby srdeční a těmi s podobně velmi vysokým rizikem, ale ještě asymptomatickým (nemanifestovaným) je tedy zřejmě fakt, že druhá skupina si svého rizika není vědoma či si ho spíše nepřipouští. To je samozřejmě velmi paradoxní, neboť univerzálně platí, že vždy je lepší chorobě předejít než jí následně být sebedokonaleji léčit.

Jedinci s vysokým rizikem

Tato skupina, ve starších doporučeních označována jako „asymptomatic high-risk“, také zaznamenala poměrně zásadní redefinici (viz Tab. 2) a byla v našem vzorku obecné populace zastoupena nejpočetněji mezi ostatními kategoriemi rizika (takřka 37%). Pokud se opět podíváme na faktory, které k zařazení do této kategorie kardiovaskulárního rizika vedly, zjistíme, že první z faktorů, tj. „výrazně elevované jednotlivé rizikové faktory“, má v praxi již jen zcela okrajový význam (pravděpodobně protože takto postižení jedinci již byli zachyceni systémem primární péče dříve a adekvátně zaléčeni). Podobně dosti málo prevalentní je parametr „mírná až středně významnou renální insuficience“ (tj. eGFR 30–59 ml/min čili stadium III dle KDOQI klasifikace), který byl nalezen jen u 1,3% jedinců. Již významnější kvalifikátor „vysokého rizika“ před-