

stavuje manifestní diabetes (bez dalších komplikujících faktorů). Zdaleka nejdůležitějším se ale ukázalo opět SCORE (v tomto případě mezi 5–9,9), které do této skupiny kvalifikovalo více než 17 % všech analyzovaných probandů. V naší studii jsme k přiřazení jedince do kategorie vysokého rizika použili i 2 další „kontroverznější“ kvalifikační parametry, tj. již zahájenou antihypertenzní nebo hypolipidemickou léčbu. Je fakt, že současná Doporučení (2) vysloveně tyto faktory v definici „vysokého rizika“ nepoužívají a že u našich probandů vlastně neznáme přesně okolnosti, za jakých byla tato léčba zahájena. Na druhé straně, Doporučení na jiném místě předpokládají, že farmakologická léčba bude zahájena až u jedinců s „vysokým rizikem“, zatím pro nižší kategorie („mírně zvýšené“ nebo „nízké“ riziko) jsou doporučována jen nefarmakologická, režimová opatření; čili přítomnost léčby jedince kvalifikuje jaksi nepřímo a „automaticky“. Také třebaže léčba u těchto jedinců nemusela být vždy zahájena zcela v souladu s principy v Doporučeních, pravděpodobně k ní vedly dobré klinické důvody. Hlavně ale, pokud již zahájena byla, měla by být vedena náležitým způsobem. Domníváme se tedy, že i tito jedinci do kategorie „vysokého rizika“ patří, resp. by měli splňovat doporučené cílové hodnoty pro tuto kategorii.

Klíčovou otázkou předložené analýzy bylo, jak důsledně je kontrolován rizikový profil právě v této prostřední kategorii, tj. „vysoké riziko“.

Celkově je možno konstatovat, že adherence k základním principům kardiovaskulární prevence je v této skupině znatelně lepší, než je tomu v nejvyšší kategorii. Např. aktivních kuřáků bylo v této kategorii více než 2,5krát méně (asi 16 oproti 41 %), což je ale dáno také tím, že kouření daného jedince dosti automaticky posouvá směrem k vyššímu riziku. Paradoxně zase kuřáků bylo v této prostřední kategorii dokonce o něco méně než v nejméně rizikové skupině – toto je ale zase vysvětlitelné zásadně odlišnou věkovou skladbou obou skupin (je známo, že prevalence kuřáckého habitusu s věkem klesá). Na druhé straně, i kontrola hypertenze byla ve střední skupině rizika dosti zásadně lepší (takřka o polovinu), než tomu bylo ve skupině s „velmi vysokým rizikem“, a to přestože antihypertenzní medikace již byla zahájena v dosti podobném procentu osob. Důvod asi nebude tentokrát ve věkovém rozdílu (který nebyl velký), ale spíše v dalších komorbiditách vedoucích k obtížněji dosažitelné kontrole. Roli může hrát i vyšší zastoupení žen v méně rizikové kategorii (je známo, že ženy např. obecně vykazují lepší adherenci k léčbě a mají i ve stejném věku příznivější vlastnosti kardiovaskulárního aparátu než muži, vedoucí opět k lepší léčebné odpovědi). Mnohonásobně lepší se ve střední skupině rizika jeví kontrola hypercholesterolemie (při opět velmi podobné preskripci hypolipidemik), toto je ale z největší části dáno méně striktní cílovou hodnotou. Pokud sjednotíme po obě

Tab. 3. Adherence k doporučeným principům kardiovaskulární prevence v jednotlivých podskupinách rizika

	Velmi vysoké riziko	Vysoké riziko	Nízké či mírně zvýšené riziko
Kouření			
abstinance od tabáku v jakékoliv formě	58,7	83,9	79,2
Fyzická aktivita			
≥ 150 min alespoň mírně zvýšené aerobní zátěže týdně	38,0	32,7	41,4
Tělesná konstituce			
BMI v rozmezí 20–25 kg/m ²	16,7	17,0	38,8
obvod pasu < 94 cm u mužů či < 80 cm u žen	18,7	19,7	49,5
oba tyto parametry	12,7	13,3	31,6
Krevní tlak			
< 140/90 mm Hg	39,3	58,2	79,2
Lipidy			
LDL < 1,8 mmol/l	8,7	-	-
LDL < 2,6 mmol/l	-	30,8	-
LDL < 3 mmol/l	-	-	48,6
triglyceridy < 1,7 mmol/l [#]	65,3	76,0	85,4
HDL > 1,0 mmol/l u mužů či 1,2 mmol/l u žen [#]	89,3	85,4	91,6
Diabetes			
HbA _{1c} < 53 mmol/mol [†]	75,0	81,0	-
Počty splněných „cílů“[‡]			
všechny	0,7	2,5	7,9
pět	9,5	45,4	23,3
čtyři	36,7	22,2	36,1
tři	34,0	19,3	23,3
dva	17,7	9,3	8,9
jeden	1,4	1,4	0,5
Udávaná chronická medikace			
antihypertenziva	62,7	61,2	-
ACEi nebo ARB	32,7	40,3	-
hypolipidemika	39,3	34,6	-
statiny	36,0	31,5	-
antidiabetika	17,3	10,6	-
Základní charakteristiky			
věk (SD)	66,2 (6,8)	60,3 (9,2)	45,3 (9,4)
pohlaví (% mužů)	71,3	47,3	38,0

[#] parametr již není považován za léčebný cíl, ale jen indikátor nižšího kardiovaskulárního rizika

[†] vztaženo pouze k počtu pacientů s manifestním diabetem

[‡] tj. abstinence od tabáku, předepsaná fyzická aktivita, oba parametry tělesné konstituce současně, náležitý krevní tlak, LDL podle příslušné kategorie rizika a náležitého HbA_{1c} v případě přítomnosti diabetu