

skupiny cílové hodnoty na LDL-cholesterol <2,6 mmol/l, bude rozdíly v adherence dosti minimální (asi 31 % u skupiny s „vysokým rizikem“ oproti 27 % s „velmi vysokým rizikem“); toto také naznačuje, že v praxi není celkové riziko pacienta při dávkování hypolipidemické léčby příliš zohledňováno.

Nemáme mnoho možností, s čím naše výsledky s hlediska adherence k doporučeným principům u osob s „vysokým rizikem“ porovnat, ať již v čase nebo napříč populacemi. Naše analýza z roku 2010 (13) ukázala na podobných datech osob s asymptomaticky zvýšeným kardiovaskulárním rizikem dosti podobnou adherenci k cílové hodnotě LDL-cholesterolu (asi 30 oproti současným 31 %), o něco málo lepší kontrolu krevního tlaku (asi 63 oproti 58 %), ale zase naopak násobně vyšší frekvenci kouření (asi 52 oproti 18 %) – byla by jistě dobrá zpráva, kdyby se situace alespoň v tomto ukazateli skutečně měnila. Klinickou praxí u ještě asymptomatických osob s vysokým rizikem se také zabývala jedna z větví projektu EUROASPIRE IV (14) (provedeno bylo v několika evropských zemích, Česká republika ale mezi nimi nebyla), i když výběr byl odlišný od naší studie (nejednalo se o náhodný vzorek obecné populace, ale pouze o osoby, u nichž již byla zahájena léčba hypolipidemiky, antihypertenzivy nebo antidiabetiky). Adherence k doporučeným principům prevence byla podobná, jako tomu bylo v naší analýze. Asi 17 % vyšetřených subjektů kouřilo, 64 % bylo centrálně obézních; 54 % pacientů celkově dosáhlo cílové hodnoty krevního tlaku a z těch léčených hypolipidemiky jen 33 % dosáhlo cílové hodnoty LDL-cholesterolu (zatímco mezi neléčenými to nebylo ani 11 %). Dost podobné výsledky ukázala i již starší studie EURIKA (2009), která zařadila v 12 evropských zemích více než 7 600 subjektů sice bez manifestní vaskulární choroby, ale již s alespoň jedním rizikovým faktorem. Např. adherence k doporučenému cílovému tlaku zde opět nebyla vyšší než 39 %, zatím k cílové hodnotě LDL-cholesterolu (tentokrát < 3 mmol/l) jen 42 %. Při srovnání s podobně zaměřenými studiemi tedy můžeme konstatovat, že situace u nás není zásadně odlišná od ostatních evropských populací a že se ani v čase nijak zásadněji nezlepšuje.

Limitace studie

Základním problémem každého epidemiologického průzkumu je reprezentativnost jeho výsledků, tj. nakolik se přibližují obecné situaci v dané populaci. Jakkoliv náš soubor vycházel primárně z dobře balancovaného náhodného výběru, jeho reprezentativnost je pochopitelně limitována respondencí vyzvaných probandů k vyšetření. Je celkem důvodně předpokládáno, že k screeningovému vyšetření se dostávají převážně osoby s relativně vyšším zájmem o své vlastní

zdraví, a tudíž i obvykle lepším rizikovým profilem. Navíc ve většině v posledních letech realizovaných epidemiologických průzkumů je možno celosvětově sledovat zřetelný trend ke klesající respondenci (tato hodnota přes 60 %, dříve považovaná za základní podmínku jakéhokoliv epidemiologického průzkumu se postupně prakticky stala minulostí), což výše popsany jev ještě zesiluje. Vyšetření také proběhlo městské aglomeraci s dobrou dostupností všech stupňů zdravotní péče. Lze tedy předpokládat, že klinická realita bude asi ještě o něco (a možná dosti zásadně) horší.

Naše analýza také zahrnuje i osoby ve věku 65–75 let, což samozřejmě do určité míry výsledky ovlivňuje. Je fakt, že tato věková skupina je díky vyšší respondenci v našem souboru relativně bohatěji zastoupená (20,4 % z celého souboru) než ty ostatní a samozřejmě zejména četnost kategorie s „velmi vysokým rizikem“ to takto posouvá směrem nahoru. Na druhé straně, zjištěná adherence k léčebným cílům nebyla u mladších osob zásadněji jiná, než tomu bylo v celém souboru a v každém případě, obecné principy kardiovaskulární prevence jsou na věku v podstatě nezávislé.

Z technických důvodů jsme dále nijak neobjektivizovali nutriční zvyklosti pacientů, jakkoliv tento faktor by jistě měl být nedílnou součástí kardiovaskulární prevence (a o jehož úrovni v obecné populaci bychom si asi neměli činit iluze).

Závěry pro praxi

Souhrnně lze na základě našich zjištění konstatovat, že v mnoha aspektech se skutečná úroveň kardiovaskulární prevence na primární úrovni ani nepřibližuje svým teoretickým principům. Jakkoliv po roce 1989 v naší populaci soustavně klesá kardiovaskulární mortalita, tento pokrok lze z velké části připsat na vrub péče u osob s již manifestovanou ischemickou chorobou srdeční a dále hlavně pak technologickou změnou ve výrobě potravin, vedoucí ke snížené konzumaci zejména nasycených tuků (15). Pokud budeme tedy v praxi opomíjet ještě asymptomatické osoby, ale již s vysokým individuálním rizikem, připravíme se tak o velkou část potenciálu ke zlepšení zdravotního stavu naší populace.

Předkládaná analýza byla realizována za grantové podpory Agentury zdravotnického výzkumu Ministerstva zdravotnictví (granty 17-29520A a 15-27109), fondu Specifického výzkumu Univerzity Karlovy (grant SVV 260 393) a Výzkumného programu PROGRES Univerzity Karlovy (projekt Q39). Naše díky patří také všem dalším spolupracovníkům, ať již sestřám, laborantkám či technickému personálu, kteří v těchto i minulých letech participovali na vyšetřovacím programu projektu postMONICA a jeho dalším sledování.

LITERATURA

1. Pyorala K, De Backer G, Graham I, et al. Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Task Force of the European Society of Cardiology, European Atherosclerosis Society and European Society of Hypertension. *Eur Heart J* 1994; 15: 1300–1331.
2. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts): Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur J Prev Cardiol* 2016; 23: np1–np96.
3. Kotseva K, De Backer G, De Bacquer D, et al. Lifestyle and impact on cardiovascular risk factor control in coronary patients across 27 countries: Results from the European Society of Cardiology ESC-EORP EUROASPIRE V registry. *Eur J Prev Cardiol* 2019; 2047487318825350.
4. Mayer O, Bruthans J, Rycheká M. Změny úrovně sekundární prevence ischemické choroby srdeční mezi lety 1995 a 2017. *Vnitř Lék* 2018; 64: 1190–1199.
5. Perk J, De Backer G, Gohlke H, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur Heart J* 2012; 33: 1635–1701.