

jako strategii chronické léčby diabetiků v zařízeních s ošetřovatelskou péčí. Jedná se o reaktivní způsob léčby hyperglykemie (v okamžiku, kdy se objeví), spíše než způsob, jak jí předejít. Použití této strategie je spojeno s nutností častější monitorace glykemie a častěji podávaného inzulínu, zvyšuje dyskomfort pacienta a zvyšuje náklady. Logickým rizikem je obvykle vysoká glykemická variabilita a také vyšší riziko hypoglykemií (typicky při nekonstantním perorálním příjmu) (20).

Vyšetřování lipidogramu, léčba statiny

V oblasti hyperlipidemií doporučují Americká společnost klinické patologie (25), aby v rámci skríníngových testů kardiovaskulárních onemocnění nebyly indikovány extendované lipidogramy (stanovení malých denzních LDL částic, stanovení apoproteinů apod.). Standardní lipidový profil zahrnuje hladinu celkového, LDL a HDL cholesterolu a triglyceridů a je zcela dostačující v rámci skríníngu kardiovaskulárních rizikových faktorů. Specifické testy, jak bylo zmíněno výše, jsou doplňkovým nástrojem specializovaných ambulancí a měly by být rezervovány pro vysoce rizikové pacienty.

Podle recentních doporučení ESC/EHS na prevenci kardiovaskulárních onemocnění (26) se léčba statiny doporučuje v primární prevenci u zjevně zdravých osob k redukci rizika ischemického cévního onemocnění, budou-li z této léčby pravděpodobně profitovat. Jedná se o osoby s LDL cholesterolem nad 4,9 mmol/l, osoby ve věku pod 50 let s 10letým rizikem ischemického cévního onemocnění nad 7,5 % dle SCORE-2OP (ve věkové kategorii 50–69 let jsou za osoby s takto vysokým rizikem, u kterých je léčba indikována, považovány osoby s rizikem $\geq 10\%$, v kategorii nad 70 let pak s rizikem $\geq 15\%$). Racionální strategií tedy určitě není indikovat léčbu statiny u mladých osob bez jiných rizikových faktorů jen s mírnou hypercholesterolemíí.

Americká společnost postakutní a chronické péče (AMDA, 27) důrazně nedoporučuje rutinní předepisování statinů (či jiné hypolipidemické medikace) u pacientů s omezenou délkou života. Hypercholesterolemie je jedním z klíčových rizikových faktorů kardiovaskulární morbidity a mortality. Nicméně studie v populaci starší 70 let ukázaly, že starší pacienti v nejnižším pásmu hladiny cholesterolu mají nejvyšší mortalitu (po adjustaci na další rizikové faktory), v tomto případě je jistě hypocholesterolemie marker celkově těžkého stavu.

U pacientů velmi vysokého věku nad 85 let, není benefit léčby statiny prokázán (většina studijní populace z provedených studií byla významně mladší) a potenciální rizika léčby statinem (kognitivní poškození, pády, neuropatie, myopatie apod.) mohou narůstat (28–30). Recentní ESC/EHS guidelines doporučují přistupovat v otázce léčby statiny ke starším pacientům (v těchto doporučeních jsou za starší označeni pacienti nad 70 let věku) s aterosklerotickým ischemickým onemocněním obdobně jako k mladším pacientům. Zahájení léčby statiny v primární prevenci starších osob by mělo být zváženo v případě vysokého rizika. Pokud je léčba statinem zahájena, je třeba začít nízkou dávkou zvláště v případě přítomného renálního poškození či potenciálních lékových interakcí (26).

Vyšetřování hladiny vitamínu D

Celopopulační skríníng hypovitaminózy D se nedoporučuje (25). Vzhledem k výsledkům prevalenčních studií je zjevné, že v oblastech naší zeměpisné šířky má zvláště v zimních měsících deficit naprostá většina populace. Pro většinu jinak zdravých osob stačí pro doplnění zásob expozice slunci v létě a substituce vitamínem D (volně prodejnými preparáty) v průběhu zimních měsíců. Laboratorní testování doporučuje Americká společnost klinické patologie pouze u rizikových osob (s chronickým onemocněním ledvin, malabsorpcí, u obézních apod.), u nichž mohou výsledky ovlivnit léčbu (agresivnější dávkování v rámci substituce). Také Endokrinologická společnost doporučuje skríníng pouze u rizikových pacientů (3). Pro skríníng by se měla volit hladina 25-OH vitamínu D (25OHD), nikoli aktivního metabolitu 1,25-OHD, jehož poločas je krátkodobý a nereflektuje stav zásobení organismu vitamínem D. Naopak je primárně regulovaný parathormonem. Při deficitu vitamínu D mechanismem relativní/absolutní hypokalcemie, následného zvýšení PTH (parathormonu) jsou hladiny 1,25OHD naopak zvýšené. Stanovení aktivního metabolitu 1,25OHD je rezervováno pouze pro diferenciální diagnostiku pacientů s hyperkalcémií (hyperkalcemie s nízkým PTH např. při sarkoidóze či jiných granulomatózách), v indikovaných případech (z indikace specialisty) pak u pacientů s pokročilým chronickým onemocněním ledvin (31–33).

Laboratorní vyšetření funkce štítné žlázy

Americká společnost klinické patologie nedoporučuje rutinní roční skríníng TSH/tyreostimulační hormon (25) v rámci preventivních prohlídek u asymptomatických osob bez ohledu na věk (34).

Endokrinologická společnost (3) zásadně nedoporučuje stanovení celkového či volného trijodthyroninu (T3) k posouzení efektivity substituce levothyroxinem (T4) u pacientů s hypothyreózou. T4 je konvertován na T3 pomocí dejodáz prakticky ve všech tkáních, hladina intracelulárního T3 reguluje sekreci TSH) a je zodpovědná za vlastní působení tyroideálních hormonů. Nicméně sérová hladina T3 není spolehlivým indikátorem intracelulární koncentrace T3. K monitoraci efektu substituce zcela postačuje stanovení TSH. Určitou výjimku mohou představovat pacienti na kombinované substituci T4 a T3, kde obvykle volný T3 k monitoraci efektu léčby používáme, ač chybí jasná data prokazující korelaci mezi hladinou T3 a klinickou odpovědí (35).

Americká společnost klinické patologie (25) doporučuje neordinovat v rámci skríníngu funkční tyreopatie celou baterii testů (celkové a volné hormony, autoproti látky), pro skríníng je zcela dostatečné stanovení hladiny TSH. Normální TSH prakticky vylučuje periferní poruchu funkce štítné žlázy (jeho výpovědní hodnota je nízká u pacientů s centrálními formami, u kterých se bez stanovení volných hormonů fT3 a fT4 neobejdeme). Při nálezů hraničního TSH se doporučuje kontrola s odstupem měsíce (s výjimkou těhotných), protože TSH může být ovlivněno i netyroidálními stavy. Při přetrvávající hodnotě mimo doporučené meze pak dovyšetření (36).

Kanadská společnost endokrinologie a metabolismu (4) důrazně nedoporučuje rutinní vyšetřování anti-TPO protilátek (proti látky proti tyroidální peroxidáze). Jejich pozitivita v „normální“ populaci není vzácná