

event. hypoglykemii, ale umírá zejména na makrovaskulární komplikace diabetu, tedy kardiovaskulární onemocnění. A proto u diabetiků musíme dbát jednak na včasné zahájení terapie, jednak na dosažení cílových hodnot rizikových faktorů KVO.

Arteriální hypertenze je již několik desetiletí v hledáčku cílových kompenzačních stran poklesu prevalence kardiovaskulárních onemocnění, identicky jako dyslipidemie.

Pokud si uvědomíme předchozí text, tak abychom dosáhli co nejnižšího kardiovaskulárního rizika pacienta, musíme intervenovat několik rizikových faktorů. Stran primární prevence vyhrává na první čáře kouření, jelikož boji s kouřením v primární prevenci je dnes věnována velká pozornost a řada odborníků i laické veřejnosti toto akceptuje. Dalším faktorem, kterému je věnována velká pozornost, je obezita, kdy sice řada pacientů svůj boj s obezitou příliš nevyhrává, ale o obezitě se ví, mluví a stále se pokoušíme ji intervenovat. Při primodiagnostice diabetu je dnes prakticky ihned farmakoterapie volbou číslo jedna, dokonce i v době prediabetu, a nikdo neváhá při nově diagnostikovaném diabetu léky nasadit. Kupodivu zcela rozdílný je postup při nové diagnostice arteriální hypertenze a zejména dyslipidemie. Opakovaně vidáme, že do ambulance přijde pacient s arteriální hypertenzí, který je několik let bez farmakoterapie. Často

ještě horší konstatování je u pacientů s dyslipidemií. Velice často pacienti splňují jasně kritéria pro zahájení farmakoterapie, zejména v časném věku, ale jsou i několik let bez farmakoterapie. Přitom ateroskleróza je proces dlouhodobý a teprve při klinické manifestaci je tato farmakoterapie zahájena. Je často až nepochopitelný tento přístup z řad lékařů, přitom důkazů pro časné zahájení farmakoterapie, viz další text, je velké množství.

A k tomuto cíli musíme kromě důležité nefarmakologické intervence použít poměrně silnou farmakoterapii s velice častou kombinací terapií jednoho rizikového faktoru. Jak víme, s přibývajícím počtem tablet klesá compliance našich pacientů k farmakoterapii. Proto je výhodná fixní kombináční terapie, ať na poli diabetologie či lipidologie či stran terapie arteriální hypertenze. Dnes máme na trhu i fixní kombinaci antihypertenziva s hypolipidemikem. Tím lze dosáhnout nejen dosažení doporučených cílových hodnot, ale i další KV protekce našeho pacienta.

Zhang et al. (2) sledoval 36 030 amerických občanů, u kterých byl při vstupu ve věku 18–39 let po dobu 17 let sledován vliv arteriální hypertenze (SBP \geq 130 mmHg oproti pod 130 mmHg, DBP \geq 80 mmHg oproti pod 80 mmHg) a dyslipidemie (LDL \geq 2,6 mmol/l oproti pod 2,6 mmol/l) na rozvoj srdečního selhání, ICHS a iCMP. Zjistil, že zvýšená

Obr. 1. Stanovení KV rizika dle ESC/EAS 2019

