

- zdánlivě zdravé osoby
- osoby s prokázaným ASKVO
- osoby s diabetem mellitem (2. typu, event. 1. typu ve věku nad 40 let), chronickým onemocněním ledvin či familiární hypercholesterolemii

Následně stanovíme jeho KV riziko, které může být: nízké, střední, vysoké, velmi vysoké, extrémní. Nástroje pro odhad rizika ASKVO se v jednotlivých skupinách liší, jak schematicky ukazuje tabulka 1. Podrobně se jim budeme věnovat v příslušných kapitolách.

Dle rizikovitosti a preferencí pacienta zahajujeme a intenzifikujeme léčbu ve dvou krocích. Obecně se dá říct, že v kroku 1 máme základní a v kroku 2 intenzivní preventivní a léčebná opatření. Doporučené postupy se soustředí zejména na léčbu arteriální hypertenze a dyslipidémie. Připomínáme proto aktuálně platné cílové hodnoty LDL cholesterolu (LDL-C), non-HDL cholesterolu (non-HDL-C) a apolipoproteinu B (apoB) pro jednotlivé kategorie KV rizika (Tab. 2) (4).

Tento postup provádíme systematicky u osob s anamnézou významného rizikového faktoru (kouření, arteriální hypertenze, diabetes mellitus, dyslipidemie, obezita, rodinná anamnéza předčasné manifestace aterosklerózy či familiární hypercholesterolemie...). U osob bez známého rizikového faktoru bychom hodnocení rizika ASKVO měli zvážit od 40. (muži), resp. 50. (ženy) roku věku a přehodnocovat po maximálně 5 letech.

Zdánlivě zdravé osoby

Patří sem osoby, které nemůžeme zařadit do jiné skupiny, tzn. nemají prokázané ASKVO, diabetes mellitus, chronické onemocnění ledvin či familiární hypercholesterolemii (Tab. 1).

Pro odhad KV rizika v této skupině slouží nové rizikové tabulky SCORE2 (Systematic Coronary Risk Estimation 2), které oproti dosud používaným tabulkám SCORE zohledňují riziko nejen fatálních infarktů myokardu a mozkových příhod, ale i riziko nefatálních příhod v nejbližších 10 letech. Pro osoby ve věku 70 let a více platí tabulky SCORE2-OP (Systematic Coronary Risk Estimation 2-Older Persons), které zohledňují i současné riziko úmrtí z jiných příčin. Obrázek 1 ukazuje tabulky SCORE2 a SCORE2-OP pro země s vysokým KV rizikem, kam Česká republika podle mortalitních dat WHO patří. Pracuje se s nimi analogicky jako se staršími tabulkami SCORE – riziko odhadneme na základě pohlaví, věku, kuřáctví, hodnot systolického krevního tlaku a (pozor změna!) nonHDL cholesterolu. Výsledné skóre je nově stratifikováno podle věku, aby nedocházelo k nedostatečné léčbě u mladých osob a naopak nadměrné léčbě u osob starších. Tato stratifikace je již ve výsledku zohledněna, jak ukazuje legenda v pravém horním rohu SCORE2 a SCORE2-OP tabulek. Barevně jsou odlišeny jednotlivé kategorie rizika – zelená značí nízké až střední riziko, oranžová vysoké a červená velmi vysoké riziko ASKVO.

V každodenní praxi nám výpočet rizika SCORE2 usnadňuje použití webových kalkulačtorů, např. na stránkách doporučených ESC u-prevent.com (<https://u-prevent.com/calculators/score2> a <https://u-prevent.com/calculators/score2OP>), či obdobných mobilních aplikací.

Po stanovení KV rizika následuje informovaná diskuze s pacientem o jeho celoživotním KV riziku a benefitech léčby, při které zohledňujeme věk, komorbidity, křehkost pacienta, polypragmazií i preference

pacienta. Ze zobrazovacích metod nám v rozhodování může pomoci stanovení koronárního kalciového skóre a ultrazvuk karotid.

Intervence rizikových faktorů ve 2 krocích u zdánlivě zdravých osob by měla probíhat následovně (Obr. 2):

1. (základní) krok kontroly rizikových faktorů – osvojení si zdravého životního stylu včetně nekouření a dosažení systolického krevního tlaku (STK) < 140 mm Hg (s cílovou hodnotou STK mezi 130–140 mmHg) a LDL-C < 2,6 mmol/l.

2. (intenzivnější) krok kontroly rizikových faktorů dle individuálního zvážení a rizika – může cílové hladiny posunout u pacienta ve vysokém riziku k STK < 130 mmHg, LDL-C < 1,8 mmol/l a ve velmi vysokém riziku k STK < 130 mmHg, a cílové hladině LDL-C < 1,4 mmol/l.

Osoby s prokázaným ASKVO

Do této skupiny patří jedinci s klinicky nebo jednoznačně zobrazovací metodou prokázaným aterosklerotickým onemocněním (Tab. 1). Mezi klinicky prokázané aterosklerotické onemocnění řadíme akutní infarkt myokardu, akutní koronární syndrom, stav po koronární revaskularizaci a jiných arteriálních revaskularizačních procedurách, cévní mozkovou příhodu, tranzitorní ischemickou ataku, aortální aneurysma a ischemickou chorobu dolních končetin. Jako průkaz aterosklerotických změn zobrazovací metodou je uznáváno zobrazení aterosklerotického plátu při koronarografii, CT angiografii či ultrasonografickým vyšetření karotid. Stále nejsou akceptovány některé parametry, jako např. tloušťka intimy a medie na karotických tepnách.

Osoby s prokázaným ASKVO jsou automaticky ve velmi vysokém riziku a platí pro ně léčebná opatření a cíle dle předchozích doporučení ESC – cílové hodnoty STK < 130 mmHg a LDL-C < 1,4 mmol/l. Oba kroky k dosažení cílových hodnot jsou znázorněny na obrázku 3.

Osoby s rekurentní KV příhodou do 2 let po předchozí příhodě při zavedené terapii jsou v extrémním riziku ASKVO. Tito nemocní vyžadují maximální intenzitu intervence a jejich hodnota LDL-C má být nižší než 1,0 mmol/l (Tab. 2).

Kromě standardní změny životního stylu, korekce krevního tlaku, lipidogramu a zavedené protidestičkové léčby by nově mělo být u osob s prokázaným ASKVO zváženo přidání P2Y12 inhibitoru anebo nízké dávky rivaroxabanu ke kyselině acetylsalicylové a protizánětlivé terapie colchicinem. Nízké dávky colchicinu (0,5 mg/den) mohou být zvážovány, pokud nejsou ostatní rizikové faktory dostatečně zvládnuty nebo pokud se i přes optimální terapii opakují další KV příhody.

Osoby s diabetem mellitem

Téměř všichni dospělí pacienti s diabetem mellitem v našich ambulancích budou mít vysoké nebo velmi vysoké KV riziko (Tab. 1). Střední KV riziko mají pouze osoby s dobou trvání diabetu do 10 let, bez orgánového poškození či dalších KV rizikových faktorů, se kterými se setkáváme ojediněle.

U diabetiků s vysokým KV rizikem, t.j. bez aterosklerotického onemocnění nebo bez závažné renální insuficience, je snaha o redukcii STK pod 130 mm Hg, LDL-C pod 1,8 mmol/l, HbA_{1c} pod 53 mmol/mol, a měla by být zvážena léčba inhibitory SGLT2 (Sodium-Glucose Linked Transporter 2) a/nebo agonistů receptorů pro GLP-1 (Glucagon-Like