

se šíří dokonce snadněji a rychleji, neboť jsou vydávány většinou za „senzace“. Nejvíce těchto dezinformací se týká především statinů, které jsou považovány za léky číslo 1 v prevenci a léčbě ASKVO na základě dostatečných důkazů z velkých intervenčních studií (evidence-based medicine). Medicína založená na důkazech by měla být „svatým grálem“ pro všechny lékaře, kteří vystudovali na lékařských fakultách univerzit. Neměli by proto prezentovat nepodložené informace a indikace léků prověřených studiemi označovat za „business“ farmaceutických firem. Zřejmě by měli odborníci publikovat více vědecky správných informací i na sociálních sítích.

Česká kardiologie slavila obrovský úspěch na přelomu 20. a 21. století, neboť došlo k významnému poklesu KV mortality u mužů i žen o více než 50 % (10). Zasloužila se o to jak invazivní léčba akutních koronárních příhod (PCI), tak i prevence, neboť se zlepšily dietní návyky populace, muži přestávali kouřit a zaváděla se nová farmakoterapie rizikových faktorů, především léčba cholesterolu (statiny) a krevního tlaku (inhibitory RAAS, blokátory kalciových kanálů). Ještě před pandemií covidu-19 úmrtnost na KVO stagnovala, ale v současné době mírně stoupá. Pandemie covidu-19 přinesla výrazné zvýšení mortality na KVO, v Evropě nejvíce v Itálii a Španělsku, ale i u nás (přesná čísla ještě nejsou známa) a v dalších zemích. Péče o běžné pacienty s KVO byla omezená; pacienti se spíše vyhýbali ambulancím i nemocnicím ze strachu z možné infekce covidem-19 a běžná zdravotní péče byla omezena péčí o infekční pacienty. Plánované operační výkony byly odsouvány. Jakékoli preventivní úsilí v kardiologii, ale i jiných oborech bylo zcela ochromeno.

V současné době je třeba opět zvýšit pozornost ASKVO, a to nejen jejich léčbě, ale také prevenci. Dobrou cestou v PK u nás je vytvoření odborné České asociace preventivní kardiologie (ČAPK) v r. 2020, která sdružuje odborníky z preventivní kardiologie, sportovní kardiologie, kardiogenetiky a odborníky v e-health. Optimisticky je i preventivní program, jehož cílem je snížit kardiovaskulární mortalitu o 5–10 % v následujícím období 10 let (11). Narůstající prevalence obezity a diabetu v posledních dekádách v české populaci bude kromě jiného velkým problémem v realizaci tohoto cíle. Napomoci by mohla spolupráce mezi zdravotními pojišťovnami a praktickými lékaři, kteří budou motivováni k provádění preventivních prohlídek.

## Co bychom si přáli v oblasti výzkumu i v každodenní praxi preventivní kardiologie

Vylepšení, resp. upřesnění tabulek na zjištění KV rizika, zařazení dalších informací týkajících se např. pohybové aktivity, tělesné zdatnosti a dietních návyků včetně spotřeby alkoholu i užívání jiných škodlivých látek, informace z genetiky, ale také faktory životního prostředí, ve kterém jedinec žije. Nedostatky ve výzkumu preventivní kardiologie

jsou shrnuty v evropském dokumentu (Position paper of the European Association of Preventive Cardiology) z r. 2020 (12). Zmiňují se zde i různé biomarkery a parametry získané např. z morfologie aterosklerotických plátů apod. K tomuto výzkumu je třeba mnoho analýz, dotazníků, zobrazovacích a genetických vyšetření na velkých souborech. V současné době probíhají takové studie např. German National Cohort n = 200 000 a UK Biobank Study (n = více než 500 000 jedinců) (13, 14). Strategie personalizované prevence bude aplikována v primární i sekundární prevenci ASKVO.

Vytvoření speciálních akreditovaných center PK, které budou soustřeďovat certifikované pracovníky v oboru kardiologie, dietologie, odvykání kouření a jiných drog, trenéry i rehabilitační pracovníky pro pohybovou aktivitu i psychology, genetiky, případně další odborníky, kteří dohromady budou moci nabídnout kompletní intervenci životního stylu i zavedení potřebné farmakoterapie. Přístup těchto odborníků bude individuální, resp. péče o jedince a pacienty v primární nebo sekundární prevenci ASKVO bude personalizovaný. Bude vycházet z podrobného zjištění celkového KV rizika zjištěného podle výše uvedených faktorů.

Pomohou nám nové technologie včetně telemedicíny? Pevně věřím, že ano. Selfmonitoring (sebesledování) rizikových faktorů (měření krevního tlaku a pulzu, zjištění hladiny cholesterolu, glykemie, hmotnosti, snímání EKG aj.), elektronické monitorování různých pohybových aktivit, kvality spánku, upozornění na užití léků, elektronické motivační edukace aj. sofistikované metody, které by mohly především u mladší generace významně přispět k udržení zdraví nebo v léčbě již manifestních KVO.

Vždy je třeba monitorovat dopad preventivních doporučení, resp. účinnost preventivních intervencí nefarmakologických i farmakologických. Nejtvrdějším kritériem je samozřejmě úmrtnost, ale kvalita života by měla být dalším důležitým a sledovaným kritériem úspěchu léčby i prevence. Přáním všech lidí na světě je nejen žít dlouho, ale také s dobrou kvalitou života (wellbeing).

## Závěr

Preventivní kardiologie je jedním z nejdůležitějších podoborů kardiologie. Týká se především prevence a léčby aterosklerotických komplikací. Celá společnost má velký nevyužitý potenciál v prevenci ASKVO i jiných preventabilních nemocí. Ale i ze strany lékařů a ostatních zdravotníků je velký nevyužitý potenciál v personalizovaném přístupu k jedincům s vysokým kardiovaskulárním rizikem i pacientům v sekundární prevenci ASKVO. Preventivní kardiologie by si zasloužila vytvoření samostatných akreditovaných center, jejichž odborníci by byli schopni nabídnout komplexní vyšetření a péči pacientům v primární i sekundární prevenci ASKVO.

## LITERATURA

1. Damon A, Damon ST, Harpending HC, et al. Predicting coronary Heart disease from body measurement of Framingham males. *J Chron. DiS.* 1969;21:781-802.
2. Conroy RM, Pyörälä K, Fitzgerald AO, et al. Examination of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *Eur Heart J.* 2003;24:987-1003.
3. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Europ Heart J.* 2021; doi:10.1093/eurheartj/ehab484.
4. Rosolová H, et al. Preventivní kardiologie v kostce. Axonite CZ, Praha 2013.
5. Šatný M, Vrablík M. LIPiControl 2 aneb co se změnilo po 3 letech. *AtheroRev.* 2020;5(3):185-90.
6. Šatný M, Tůmová E, Vrablík M, et al. Studie LipitenCliDec – profil pacientů s nekontrolovanou arteriální hypertenzí a/nebo dyslipidemií v primární péči v Česku: výsledky 2. fáze. *AtheroRev.* 2020;5(2):117-23.
7. Chrástek J, Šobra J, Stolz I, Rosolová H. Výskyt rizikových faktorů ischemické choroby srdeční během pětileté činnosti lázeňského ústavu. *Prakt. Lék.* 1995;75:15-17.