

# Diagnostika a léčba hyperurikemie v kardiovaskulární prevenci na základě patofyziologického mechanismu jejího vzniku – Expertní konsenzus českých a slovenských odborníků 2024

**Michal Vrablík<sup>1</sup>, Claudio Borghi<sup>2</sup>, Hana Rosolová<sup>3</sup>, Blanka Stibůrková<sup>4</sup>, Ivana Šoóšová<sup>5</sup>, Martin Čaprnda<sup>6</sup>, Ján Števlík<sup>7</sup>, Adriana Ilavská<sup>8</sup>, Peter Jackuliak<sup>9</sup>, Zuzana Zafarová<sup>10</sup>**

<sup>1</sup>Klinika endokrinologie a metabolismu 1. LF UK a VFN, Praha

<sup>2</sup>Oddělení lékařských a chirurgických věd, Boloňská univerzita, Itálie

<sup>3</sup>II. interní klinika LF UK a FN Plzeň

<sup>4</sup>Revmatologický ústav, Praha

<sup>5</sup>Národní ústav srdečních a cévních chorob, a. s., Bratislava

<sup>6</sup>Interní klinika LF UK a FN Bratislava

<sup>7</sup>Kardiologická a interní klinika FN Bratislava

<sup>8</sup>Diabetologické a metabolické centrum, Medispektrum, Bratislava

<sup>9</sup>UNB Bratislava a LF UK Bratislava

<sup>10</sup>medical writer, Praha

Panel odborníků z České republiky a Slovenské republiky s přispěním profesora C. Borghi z Boloňské univerzity projednal klinický postup pro vyšetřování a léčbu hyperurikemie (HU) u pacientů se zvýšeným kardiovaskulárním (KV) rizikem. Vzhledem k tomu, že zvýšená hladina kyseliny močové (KM) modifikuje KV riziko, je potřeba ji považovat za významný modifikující faktor KV rizika a identifikovat pacienty, u nichž může její terapeutické snížení zlepšit KV výsledky. Absence selekce vhodných pacientů je zřejmě důvodem dosavadních nejednotných výsledků studií, které hodnotily klinické výsledky antihyperurikemické léčby. Panel odborníků navrhuje léčit HU danou zvýšením aktivity xantinoxidázy (XO), která je spojena se zvýšením KV rizika, nikoliv HU vzniklou v důsledku snížené renální exkrece KM, která není z KV pohledu tak riziková. Pro odlišení navrhuje používat nový index poměru sérové hladiny KM a kreatininu (sKM/sCr), který prokázal korelaci s výskytem KV příhod. Hladinu KM doporučuje za účelem KV prevence vyšetřovat u pacientů se zvýšeným KV rizikem (s hypertenzí, diabetem, dyslipidemií, chronickým onemocněním ledvin, akumulací KV rizikových faktorů či KV onemocněním) a při hodnotě indexu sKM/sCr > 3,6 zahájit intervenci k cílovým hodnotám KM v séru < 360 μmol/l u mužů a < 300 μmol/l u žen. Intervence spočívá v edukaci pacienta a úpravě životního stylu, optimalizaci léčby dalších KV rizikových faktorů a podávání inhibitoru XO, v 1. linii alopurinolu. Dávku alopurinolu je třeba postupně titrovat v rozmezí obvykle 100–300 mg/den podle dosažení cílové hladiny KM při pravidelných kontrolách 1× za 4–6 týdnů. Po stabilizaci stavu je doporučena pokračující léčba za pravidelného monitorování 1× za 6 měsíců.

**Klíčová slova:** kyselina močová, hyperurikemie, xantinoxidáza, kardiovaskulární riziko, sKM/sCr, inhibitory xantinoxidázy, alopurinol.

---

prof. MUDr. Michal Vrablík, Ph.D.

Klinika endokrinologie a metabolismu 1. LF UK a VFN, Praha

vrablikm@seznam.cz

Převzato z AtheroRev. 2024;9(2):61-71