

Volba léčebného postupu podle stratifikace rizika KVO

U starších a starých pacientů se snažíme omezit polyfarmakoterapii (užití více než 5 léků), excesivní polyfarmakoterapii (užití více než 10 léků) a zejména preskripci potenciálně neefektivních léků („potentially inappropriate medications, PIMs“). Víme, že ve věku 65–74 let užívá léky 89 % osob a nad 75 let již 91–98 % osob. Relevantní úvahou je vyřazení určitých léků, které nejsou potřebné nebo nevedou k žádoucímu léčebnému cíli („deprescribing“). Zároveň ale nesmí dojít k odepření preskripce léků potřebných. Hypolipidemika (s dominantní rolí statinů) jsou léky, které mají zásadní přínos pro nemocné s vysokým rizikem KVO. Platí známý fakt, že čím vyšší je riziko, tím vyšší je i přínos z ovlivnění rizikových faktorů.

K základní orientaci o rizikovosti pacienta stran kardiovaskulárních chorob nepotřebujeme složitá skórovací schémata ani algoritmy. Stačí zhodnocení anamnézy a zdravotnické dokumentace a zařazení vyšetřovaných do jedné z následujících skupin:

1. Pacienti s manifestní kardiovaskulární nemocí, diabetem nebo závažnými komorbiditami
2. Pacienti bez manifestní kardiovaskulární nemoci, diabetu nebo závažných komorbidit – zdánlivě zdraví

Základním léčebným cílem dyslipidemií je hladina LDL-cholesterolu. Další parametry jako apoB a non-HDL-cholesterol jsou pouze cíli sekundárními.

Pacienti s manifestní kardiovaskulární nemocí, diabetem nebo závažnými komorbiditami

Jedná se o skupinu nemocných spadajících automaticky do kategorie velmi vysokého rizika kardiovaskulárních onemocnění.

Z obrázku 1 vyplývá, že jde zejména o nemocné v sekundární prevenci KVO, kde je cílem zabránění progresi onemocnění a snížení rizika dalších příhod. Nemocní s nedávným akutním koronárním syndro-

Obr. 1. Stanovení kategorií kardiovaskulárního rizika u pacientů s manifestní kardiovaskulární chorobou, diabetem nebo dalšími komorbiditami. Upraveno/zestručněno autorem s přihlédnutím ke geriatrické populaci. Zpracováno podle (1)

Kategorie rizika	
Velmi vysoké riziko	Klinicky prokázané onemocnění aterosklerotické etiologie (ASKVO): ■ Předchozí akutní koronární syndrom (IM nebo nestabilní AP) ■ Stabilní AP ■ Předchozí koronární revaskularizace (PCI, CABG) ■ Jiné arteriální revaskularizace ■ CMP a TIA ■ ICHDK Zobrazovací metodou jednoznačně prokázané onemocnění aterosklerotické etiologie (ASKVO): ■ Nález nemoci koronárních tepen se stenózou dvou velkých epikardialních tepen > 50 % na koronarografii nebo CT koronarografii ■ Významné aterosklerotické změny karotid
DM 2. typu velmi vysoké riziko*	Diabetes mellitus 2. typu: ■ S manifestním ASKVO ■ S přítomností 3 dalších silných rizikových faktorů aterosklerózy ■ S orgánovým postižením (eGFR < 45 ml/min/1,73 m² bez ohledu na albuminurii, eGFR 45–59 ml/min/1,73 m² s albuminurií ■ S mikrovaskulárním postižením ve 3 různých oblastech (např. mikroalbuminurie + retinopatie + neuropatie)
Chronické onemocnění ledvin velmi vysoké riziko	Závažné chronické onemocnění ledvin: ■ eGFR < 30 ml/min/1,73 m² ■ nebo eGFR 30–44 ml/min/1,73 m² a ACR ≥ 30 mg/g
Střední riziko	Středně závažné chronické onemocnění ledvin ■ eGFR 30–44 ml/min/1,73 m² a ACR < 30 mg/g nebo ■ eGFR 45–59 ml/min/1,73 m² a ACR 30–300 mg/g nebo ■ eGFR ≥ 60 ml/min/1,73 m² a ACR ≥ 30 mg/g Diabetes mellitus bez orgánového postižení

Vysvětlivky: ACR – poměr albumin/kreatinin; eGFR – odhadnutá glomerulární filtrace

*Diabetici 1. typu nad 40 let mohou být klasifikováni podle stejných kritérií

mem mají mimořádně vysoké riziko opakování kardiovaskulární příhody.

Diabetes je silným nezávislým rizikovým faktorem ASKVO, zvyšuje riziko příhody zhruba dvojnásobně. Je často sdružen s přítomností dalších rizikových faktorů aterosklerózy. Další zásadní komorbiditou ovlivňující kategorii rizika je pak chronické onemocnění ledvin (Obr. 1).

Doporučujeme zanechání kouření, přijetí zdravé životosprávy, kontrolu hypertenze a nastavení protidestičkové léčby v prvním kroku. V dalších krocích je cílem dosažení hodnoty LDL-cholesterolu < 1,4 mmol/l a zároveň jeho relativní snížení o minimálně 50 %. Samozřejmě je kontrola všech dalších rizikových faktorů. Léčebný postup se neliší od postupu u mladších pacientů (třída IA dle doporučených postupů) (4).

Pacienti bez manifestní kardiovaskulární nemoci

Tato skupina zahrnuje pacienty bez dokumentované aterosklerotické nemoci, diabetu a chronického onemocnění ledvin, v doporučených postupech Evropské kardiologické společnosti (ESC) je označována jako zdánlivě zdraví pacienti. Rozhodnutí o nasazení, ponechání či případném vysazení hypolipidemické léčby u starších nemocných je zde složitější než ve skupině předchozí a vyžaduje komplexnější rozvahu.

Jedná se o heterogenní skupinu nemocných nejen věkem ale i komorbiditami, funkčním stavem, předpokládanou délkou dožití, křehkostí a adhezí k léčbě (5).

Metaanalýza randomizovaných studií ukázala výrazně menší efekt snížení LDL-cholesterolu o 1 mmol/l pomocí statinů na