

1. Čo je to prevencia kardiovaskulárnych ochorení?

1.1 Definícia a odôvodnenie

Kardiovaskulárne ochorenia (KVO) sú v Európe zodpovedné za smrť viac ako 4 miliónov ľudí za rok. Zabijú viac žien (2,2 milióna, 55 %) ako mužov (1,8 milióna, 45 %), hoci kardiovaskulárne úmrtia pred dosiahnutím veku 65 rokov sú bežnejšie u mužov (490 000 vs. 193 000). Prevencia je definovaná ako koordinovaný súbor opatrení na úrovni obyvateľstva alebo zameraných na jednotlivca s cieľom vylúčiť, odstrániť alebo minimalizovať vplyv KV ochorení a súvisiaceho postihnutia. KVO zostávajú hlavnou príčinou chorobnosti a úmrtnosti aj napriek zlepšeniu výsledkov liečby KVO. Viac pacientov dnes prežíva svoje prvé KVO udalosť a je vystavených vysokému riziku rekurencie. Okrem toho sa zvyšuje prevencia niektorých rizikových faktorov, najmä obezity

a cukrovky. Význam prevencie KVO zostáva nesporný a prevencia by sa mala realizovať na rôznych úrovniach: (I) vo všeobecnej populácii prostredníctvom podpory zdravého spôsobu života; a (ii) na individuálnej úrovni, u pacientov s miernym až vysokým rizikom KVO alebo u pacientov s diagnostikovaným KVO – prostredníctvom zmeny nezdravého životného štýlu (napr. nekvalitná strava, fyzická inaktivita, fajčenie) a znížením zvýšených hladín rizikových faktorov KVO, ako sú zvýšené hladiny lipidov alebo zvýšený krvný tlak. Prevencia je účinná pri znižovaní vplyvu KVO; eliminácia rizikového správania v oblasti zdravia by umožnila zabrániť aspoň 80 % prípadov KVO a dokonca 40 % prípadov rakoviny, a tým priniesť pridanú hodnotu aj pre iné chronické ochorenia.

Komentár k odporúčaniam ESC/EAS z roku 2016 pre manažment dyslipidémií

Pella D, Rašlová K

Po dôkladnom vyšetrení pacienta, stanovení jeho lipidového profilu najmenej po 12-hodinovom lačnení (celkový cholesterol, LDL cholesterol, HDL cholesterol, triglyceridy) a určení jeho kardiovaskulárneho rizika pristupujeme k manažmentu dyslipidémie nasledovne:

- 1. Základným pilierom znižovania LDL cholesterolu a/alebo sekundárnej prevencie aterosklerózy** v ktorejkoľvek forme a lokalizácii (teda aj bez zreteľa na vstupnú hladinu LDL cholesterolu) **sú statíny.**
- 2. Ak liečba statínmi nevedie k dosiahnutiu cieľových hladín pre LDL cholesterol** u príslušného pacienta je **indikovaná kombinovaná liečba preferenčne statínu s ezetimibom (prípadne statínu s fibrátom). Ak ani táto kombinácia, ani pri použití najúčinnjších statínov v maximálnych, alebo maximálne tolerovaných dávkach, nevedie k cieľovým hodnotám, treba zvážiť pridanie PCSK9 inhibítorov (v prípade dostupnosti aj zváženie LDL aferézy najmä u pacientov s FH).**
- 3. Úloha PCSK9 inhibítorov je zrejme nezastupiteľná u veľmi vysoko a vysoko rizikových pacientov, ktorí netolerujú statíny (9).**

- 4. Izolovanú hypertriglyceridémiu liečime diétno-režimovými opatreniami** (najmä abstinencia alkoholu, nefajčenie, dostatok fyzickej aktivity, normalizácia telesnej hmotnosti), **fibrátmi a omega-3 polynenasýtenými mastnými kyselinami.** Statíny sú súčasťou liečby pri všetkých formách hypertriglyceridémie v prípade konkomitanej aterosklerózy a možno ich použiť aj v monoterapii pri miernej a stredne ťažkej hypertriglyceridémii.
- 5. V súčasnosti nemáme k dispozícii účinný liek, ktorý by významne znižoval KV morbiditu a mortalitu zvýšením nízkeho HDL cholesterolu.** Limitované dôkazy pre určité subpopulácie pacientov existujú pre fibráty a nefarmakologické zvýšenie HDL cholesterolu a zníženie triglyceridov.
- 6. Stanovenie niektorých ďalších laboratórnych parametrov (Lp(a), non-HDL cholesterol, podtriedy LDL a HDL cholesterolu, hsCRP a.i.) je finálne náročnejšie a určené pre špecifické situácie u individuálnych pacientov vyžadujúcich zväčša princípy personalizovanej medicíny.**