proLékaře.cz | 7.11.2026



# EPIDEMIOLOGIE OBĚHOVÝCH ONEMOCNĚNÍ

## 25 let prevence aterosklerózy u dětí

Z. Urbanová[1], M. Šamánek[2]

[1]Klinika dětského a dorostového lékařství 1. LF UK a VFN v Praze
[2]Dětské kardiocentrum FN v Motole, Praha

V současné době je velmi diskutováno, jak zorganizovat diagnostiku a péči o děti se zvýšeným rizikem předčasné aterosklerózy. V recentních publikacích nalezneme od renomovaných expertních skupin zcela odlišná doporučení. Od názoru, že by se měl provádět univerzální screening a všem dětem by se měla v určitém věku stanovit hladina cholesterolu, až po názor, že není výtěžné se věnovat hladinám lipidů u osob mladších 20 let věku, protože není prokázáno, že léčba ovlivní kardiovaskulární i celkovou mortalitu v dospělosti, a je proto ekonomicky neodůvodnitelná. V České republice již v roce 1992 byl uzákoněn a oficiálně zahájen program prevence ischemické choroby srdeční od dětského věku (**Vyhláška MZ ČR č. 56/1992 Sb.),** který má odhalit děti se zvýšeným rizikem aterosklerózy. Praktičtí lékaři pro děti dorost mají povinnost při preventivní prohlídce ve věku 5 a 13 letu dětí s pozitivní rodinnou anamnézou provést vyšetření hladiny lipidů (celkového cholesterolu, LDL-, HDL-cholesterolu a triglyceridů). Děti s nejvyšším rizikem (zejména při hladině celkového cholesterolu > 6 mmol/l) odesílají k dětskému kardiologovi nebo do centra pro poruchy metabolizmu lipidů, v nichž jsou vyšetřeni rodiče i další rodinní příslušníci a je možná genetická diagnostika u toho z rodičů, který má hodnoty celkového a LDL-cholesterolu konzistentní s diagnózou familiární hypercholesterolemie. Rodiče dětských pacientů jsou většinou příliš mladí na to, aby měli klinické projevy aterosklerózy, a ani o svém onemocnění často nevědí. Pokud se u rodiče mutace prokáže, vyšetřují se geneticky i jejich děti a všichni další dostupní pokrevní příbuzní. Kromě vyhledávání dyslipidemií u dětí, pediatři také při všech preventivních prohlídkách postupně diagnostikují ostatních rizikové faktory aterosklerózy, které se snaží během dětství ovlivnit. Z epidemiologických průzkumů vyplývá, že výskyt rizikových faktorů aterosklerózy v dětské populaci je u nás ve srovnání s jinými zeměmi příznivý. A proto lze konstatovat, že program prevence je ve své 25leté historii úspěšnou racionální střední cestou jak snížit kardiovaskulární mortalitu a morbiditu v dospělosti. Vyhláška MZ ČR o preventivních prohlídkách byla novelizována v říjnu 2016 (**Vyhláška MZ ČR č. 317/2016 Sb.**) a její stručný výklad bude také předmětem sdělení.

## Remnantní cholesterol jako prediktor kardiovaskulárního rizika v longitudinální studii pražské příměstské populace – Zdravá Dubeč po 20 letech (nová data)

K. Vonášková, V. Rejlek, P. Riško, J. Potočková, P. Kraml

*II. interní klinika 3. LF UK a FN KV, Praha*

**Úvod:** Při posuzování závažnosti hyperlipoproteinemie bývá běžně přehlížen remnantní cholesterol. Dle recentní literatury se zdá, že cholesterol vázaný v remnantních lipoproteinech (remonty VLDL a chylomikronů), hraje v patogenezi aterosklerózy vedle LDL-cholesterolu významnou roli. **Cíl:** Zjistit vztah jednotlivých iniciálních lipidových parametrů k rozvoji KVO po 22 letech. **Metody:** Vyšetřeni byli dobrovolníci za účelem identifikace KV rizika včetně lipidových parametrů – vstupní data získána v roce 1992, výstupní 2014. Z ranní žilní krve nalačno byly analyzovány hodnoty celkového cholesterolu (TC), HDL-cholesterolu (HDL-C) a triacylglycerolů (TAG). LDL-cholesterol (LDL-C) byl kalkulován z Friedewaldovy rovnice. Remnantní cholesterol (RC) pak byl stanoven podle vzorce: RC = TC – HDL-C – LDL-C. Dále byl kalkulován aterogenní index plazmy (AIP). Vstupně byla všem probandům odebrána anamnéza a provedeno fyzikální a antropometrické vyšetření. Data byla doplněna a zpřesněna údaji z ÚZIS zahrnující hospitalizace a zemřelé. **Výsledky:** Po rozdělení souboru do tercilů dle remontního cholesterolu byl v horním tercilu ve srovnání s dolním významně vyšší výskyt KVO (**p < 0,001**). Obdobně horní tercil dle hladin TAG, resp. AIP, měl významně vyšší výskyt KVO oproti dolnímu tercilu (**p < 0,001**, resp. **p < 0,01**). Srovnání horního a dolního tercilu celkového a LDL-C ukázalo vyšší prevalenci KVO v horních tercilech (**p < 0,001**, resp. **p < 0,001**). U HDL-C nebyly rozdíly

proLékaře.cz | 7.11.2026



významné. **Závěr:** Remnantní cholesterol představuje pro rozvoj KVO přinejmenším stejné riziko jako LDL-C. Remnantní cholesterol by se tak mohl stát markerem KV rizika, eventuálně terapeutickým cílem zejména u pacientů s kombinovanou hyperlipoproteinemií, hypertriacylglycerolemií či diabetickou dyslipidémií. Současná evropská guidelines pro diagnostiku a léčbu dyslipidémií však remnantní cholesterol jako diagnostický či terapeutický cíl neuvádějí.

*Podporováno PRVOUK 031 3. LF UK.*