proLékaře.cz | 22.11.2026

Spojujeme síly k dosažení lepších výsledků – využíváme sofistikovaněji teoretické poznatky k účinnému snižování rizika kardiovaskulárních onemocnění!

Joining Forces! Improving Outcomes: Bridging theory to action in CVD risk management

Kristýna Čillíková

Česká společnost pro aterosklerózu

✉ **Mgr. Kristýna Čillíková** | komunikace@athero.cz | www.athero.cz

Doručeno do redakce | Doručené do redakcie | Received 13. 11. 2024

Management kardiovaskulárního rizika: je čas jednat!

Každých 1,5 sekundy si kardiovaskulární onemocnění (KVO) kdekoliv světě vyžádá lidský život. Tato skutečnost šokuje o to více, když uvážíme, že většině těchto úmrtí lze zabránit. Výzkumy ukazují, že 80 procentům případů KVO lze předejít včasným a účinným zvládáním rizikových faktorů.

Navzdory rozsáhlým diskusím o ovlivňování kardiovaskulárního (KV) rizika, je nakonec jen málo z navrhovaných řešení účinně využito, a to protože se navrhovaná řešení pohybují převážně v teoretické rovině.

Pro zlepšení péče o pacienty a zlepšení výsledků v oblasti prevence KVO je tudíž zásadní společné úsilí o převedení těchto teoretických strategií do konkrétních a prakticky uskutečnitelných řešení.

A právě zlepšení managementu účinného využití teoretických poznatků v praxi pro zlepšení prevence KVO bylo stěžejním tématem mezinárodního sympozia Joining Forces. Improving Outcomes: Bridging theory to action in CVD risk management, které uspořádala Slovinská kardiologická společnost (Združenje kardiologov Slovenije) a podpořila je společnost Krka d. d.

Sympozia, které se konalo 4. října ve slovinském Novém Městě (Novo Mesto), se zúčastnilo více než 176 odborníků z oborů kardiologie a vnitřní lékařství z 12 evropských zemí. Na sympoziu, které moderoval prof. **Michal Vrablík**, se o poznatky a zkušenosti podělili prof. **Zlatko Fras** a prof. **Mišo Šabović** ze Slovinska, prof. **Robert Julian Gil** z Polska, prof. **Philippe Gabriel Steg** z Francie a prof. **Nebojša Tasić** ze Srbska.

Prof. **Philippe Gabriel Steg** se ve své panelové přednášce zaměřil na klíčové faktory, které stojí za skutečností, že mají obyvatelé Francie nejnižším KV-riziko. Identifikování těchto faktorů „úspěšných“ pro snížení KV-rizika je samozřejmě inspirativní a důležité pro další evropské země, které takových příznivých výsledků zatím nedosahují.

V následné panelové diskusi byl ozřejměn současný stav a odhalily se hlavní výzvy při zvládání nejkritičtějších kardiovaskulárních rizikových faktorů v každodenní klinické praxi a nastínila řešení pro efektivní management prevence kardiovaskulárního rizika. Důraz byl kladen na včasnou, intenzivní a dlouhodobou léčbu rizikových faktorů a také na zásadní roli léčivých přípravků, které v jedné tabletě kombinují několik účinných látek.

Na závěr přednášející navrhli **akční plán** pro účinný management prevence a snižování kardiovaskulárního rizika, který získal mezi účastníky silnou podporu, a tak se stal **konsenzuálním** a připravil kýženou půdu pro jeho zavedení navrženého managementu do klinické praxe.

Konsensuální akční plán

Skupina významných odborníků účastníků Mezinárodního sympozia Joining Forces. Improving Outcomes: Bridging theory to action in CVD risk management, konaného pod záštitou Slovinské kardiologické společnosti 4. října 2024 v Novém Městě ve Slovinsku, přijala na návrh výše jmenovaných přednášejících na základě předložených a diskutovaných skutečností **akční plán obsahující sedm základních bodů pro efektivní management KV-rizika**.

Cílem akčního plánu je posílení prevence KVO, která jsou jednou z hlavních příčin nemocnosti a úmrtnosti v celé Evropě. Každou z těchto zásad podpořila naprostá většina účastníků sympozia, což vyjadřuje silný konsenzus pro jejich zavedení do běžné klinické praxe.

proLékaře.cz | 22.11.2026

Obr | Mapa zobrazující míru rizika v zemích účastníků sympozia. Upraveno podle [9,10]



nízké riziko

FRANCIE

středně zvýšené riziko

SLOVINSKO

NĚMECKO

RAKOUSKO

vysoké riziko

POLSKO

ČESKO

BOSNA A HERZEGOVINA

velmi vysoké riziko

SEVERNÍ MAKEDONIE

LITVA

LOTYŠSKO

RUMUNSKO

ČERNÁ HORA

BULHARSKO

SRBSKO

KOSOVO*

*Podle směrnic ESC pro prevenci KVO z roku 2021 není Kosovo zařazeno do žádné kategorie.

proLékaře.cz | 22.11.2026

JOINING FORCES. IMPROVING OUTCOMES.

BRIDGING THEORY TO ACTION IN CVD RISK MANAGEMENT

CONSENSUS ACTION PLAN

At the international symposium **Joining forces. Improving outcomes: Bridging theory to action in CVD risk management**, held on 4 October 2024 in Novo mesto, Slovenia, under the auspices of the Slovenian Society of Cardiology, a panel of distinguished experts – including Professors Zlatko Fras, Michal Vrablík, Philippe Gabriel Steg, Robert Julian Gil, Mišo Šabović, and Nebojša Tasić – proposed **an action plan** comprising **seven essentials for effective CVD risk management**. The plan is aimed at enhancing the prevention of cardiovascular disease, the leading cause of morbidity and mortality across Europe. Each essential received majority endorsement from symposium attendees, reflecting **a strong consensus for its implementation** in regular clinical practice.

Seven essentials for effective CVD risk management:

1. **Evaluate total CVD risk** by considering all relevant risk factors and modifiers, and after assessing target organ damage. **Adopt a comprehensive approach to managing total CVD risk**, rather than addressing individual risk factors in isolation.
2. **Incorporate lifetime risk estimation** as an adjunct to 10-year risk estimation to improve patient's understanding of their CVD risk, identify potential candidates for preventive therapy, and motivate lifestyle changes and adherence to therapy.
3. **Initiate risk factor management early and apply an individualised approach**, where the intensity of management increases in proportion to the patient's risk level. **Aim to achieve guideline-recommended risk factor treatment targets.**
4. **Employ initial combination lipid-lowering therapy for patients who are unlikely to achieve their treatment targets with high-intensity statin monotherapy.**
5. **Aim to achieve blood pressure control within the first three months** after treatment initiation. **Employ combination antihypertensive therapy as a standard of care** for most hypertensive patients already from the start.
6. **Utilise single-pill combinations, including polypills, whenever possible** to address the challenge of medication adherence and improve therapeutic outcomes.
7. **Ensure close collaboration with primary care physicians and other specialists** to achieve comprehensive and effective CVD risk management.

Novo mesto, 4 October 2024

Prof. **Zlatko Fras**, MD, PhD
President of the Slovenian Society of Cardiology

Slovenian Society of Cardiology

This symposium is organised by the Slovenian Society of Cardiology and sponsored by Krka, d. d., Novo mesto.

KRKA 70

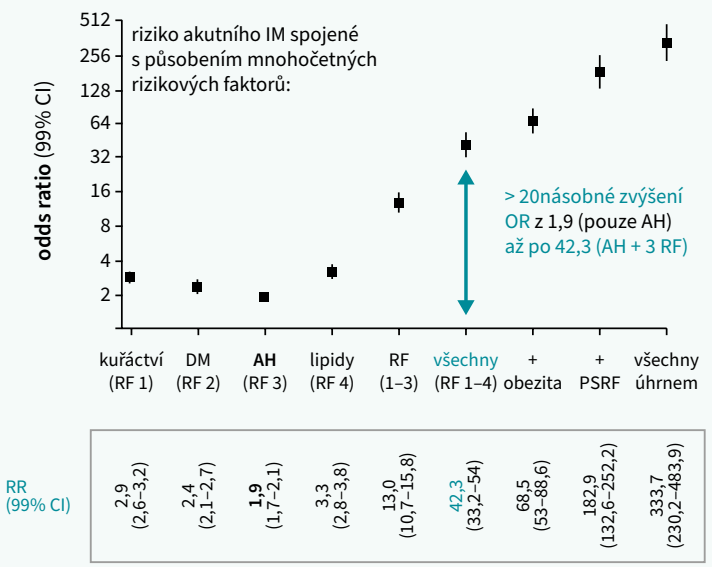
proLékaře.cz | 22.11.2026

Sedm zásad pro efektivní management kardiovaskulárního rizika

1. Zhodnoťte celkové KV-riziko s přihlédnutím ke všem relevantním rizikovým faktorům a modifikátorům rizika a zhodnoťte poškození cílových orgánů. Zaujměte komplexní přístup k managementu celkového KV-rizika místo toho, abyste se zabývali jednotlivými rizikovými faktory izolovaně (graf 1, graf 2, graf 4).
2. Zařaďte odhad celoživotního rizika jako doplněk k odhadu 10letého rizika, abyste pacientům umožnili lépe pochopit KV-riziko, v němž se nacházejí, a identifikovali potenciální kandidáty pro preventivní léčbu a motivovali je ke změně životního stylu a k adherenci k léčbě (graf 3).
3. Zahajte včas léčbu rizikových faktorů, a hlavně uplatňujte individuální přístup, při němž se intenzita léčby zvyšuje úměrně s mírou rizika pacienta. Usilujte o dosažení cílových hodnot u rizikových faktorů podle odborných doporučených postupů (graf 2).
4. U pacientů, u nichž je nepravděpodobné, že dosáhnou léčebných cílů při monoterapii statiny, zvolte už iniciálně kombinovanou hypolipidemickou léčbu (graf 8).
5. Usilujte o dosažení kontroly krevního tlaku během prvních 3 měsíců od zahájení léčby. Nasazujte kombinovanou antihypertenzní léčbu ihned od začátku jako standardní léčbu pro většinu pacientů (graf 5).
6. Využívejte fixní kombinace léků včetně polypill, kdykoli je to možné, abyste řešili problém s (non)adherencí pacientů, a tak zlepšili výsledky léčby(graf 6, graf 7, schéma).
7. Zajistěte úzkou spolupráci s lékaři primární péče a dalšími specialisty s cílem dosáhnout komplexního a účinného managementu kardiovaskulárního rizika.

Data potvrzující jednotlivé zásady managementu KV-rizika

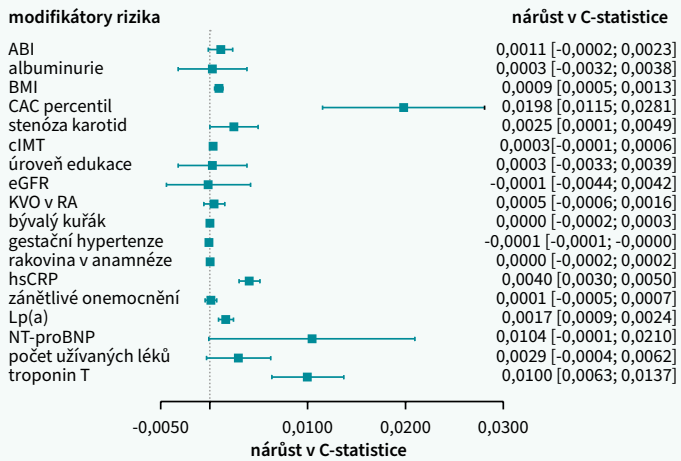
Graf 1 | Současný výskyt několika rizikových faktorů exponenciálně zvyšuje riziko KVO (studie INTERHEART). Upraveno podle [1]



AH – arteriální hypertenze **DM** – diabetes mellitus **IM** – Infarkt myokardu **PS** – psychosociální factory **RF** – rizikové faktory

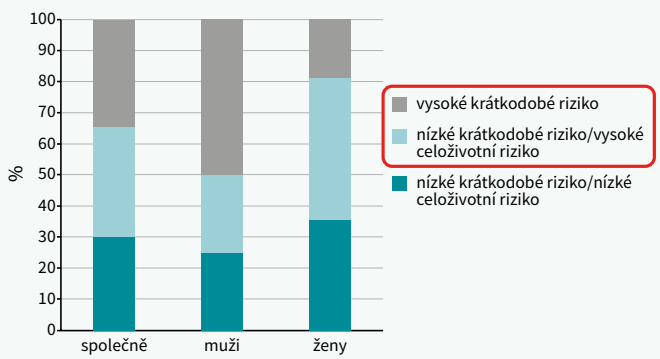
proLékaře.cz | 22.11.2026

Graf 2 | Vliv individuálních modifikátorů KV-rizika na zpřesnění odhadu KV-rizika nad rámec tabulek SCORE 2. Upraveno podle [2]

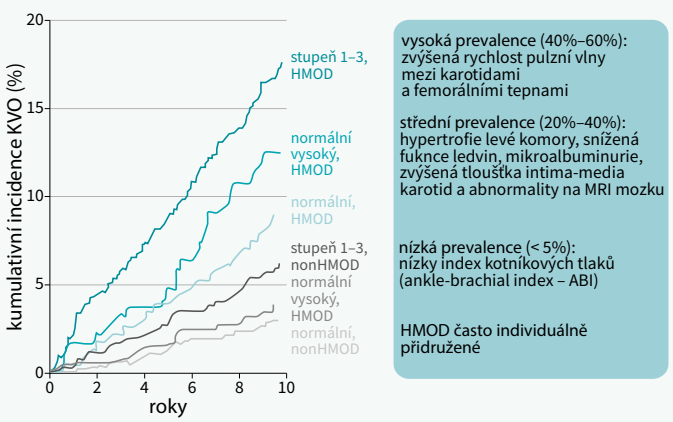


ABI – Ankle-Brachial Index/index kotník-paže – **CAC** – Coronary Artery Calcium/kalcium v koronárních tepnách **cIMT** – carotid Intima-Media Thickness/tloušťka intima-media karotid **Lp(a)** – lipoprotein(a) **NTproBNP** – N-Terminal prohormone of Brain Natriuretic Peptide/N-terminální natriuretický propeptid typu B

Graf 3 | Nízké KV-riziko v krátkodobém horizontu nezaručuje celoživotní ochranu před ASKVO. Upraveno podle [3]



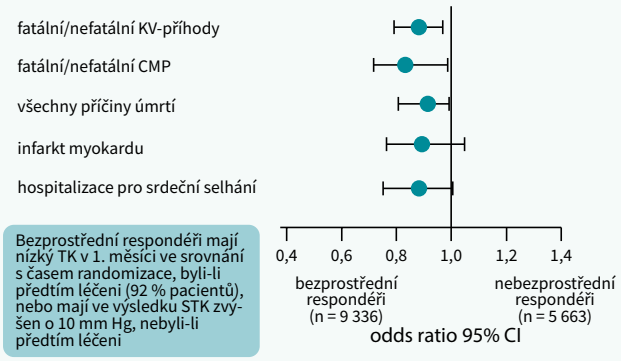
Graf 4 | Přítomnost hypertenzí způsobeného orgánového postižení poskytuje přídatnou prognostickou informaci o míře KV-rizika v každé kategorii krevního tlaku. Upraveno podle [4]



HMOD – Hypertenison Mediated Organ Damage/orgánové poškození způsobené hypertenzí **KVO** – kardiovaskulární onemocnění

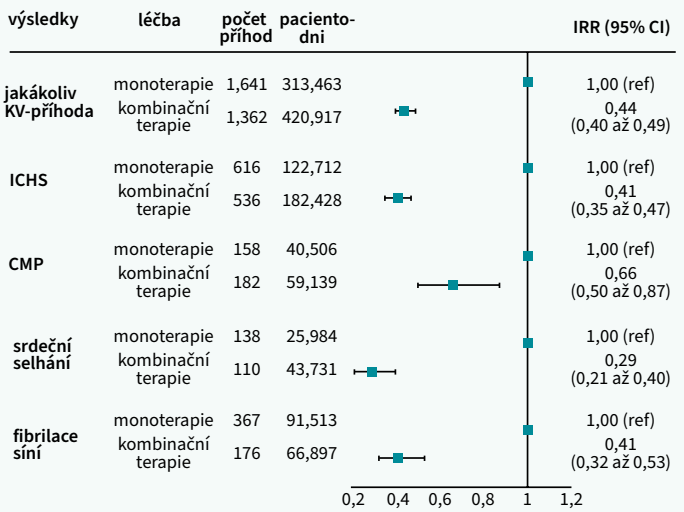
proLékaře.cz | 22.11.2026

Graf 5 | Časná kontrola hodnot krevního tlaku zajišťuje snížení rizika KVO



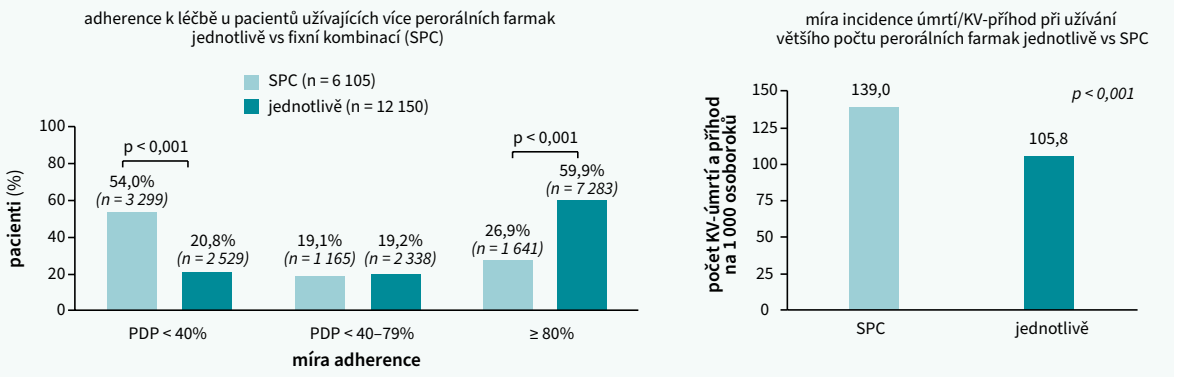
(S)TK –(systolický) krevní tlak

Graf 6 | Užití fixní kombinační (SPC) antihypertenzní léčby už při zahájení terapie vede k účinnější KV-ochraně ve srovnání s monoterapií. Upraveno podle [6]



HMOD – Hypertenison Mediated Organ Damage/orgánové poškození způsobené hypertenzí **KVO** – kardiovaskulární onemocnění

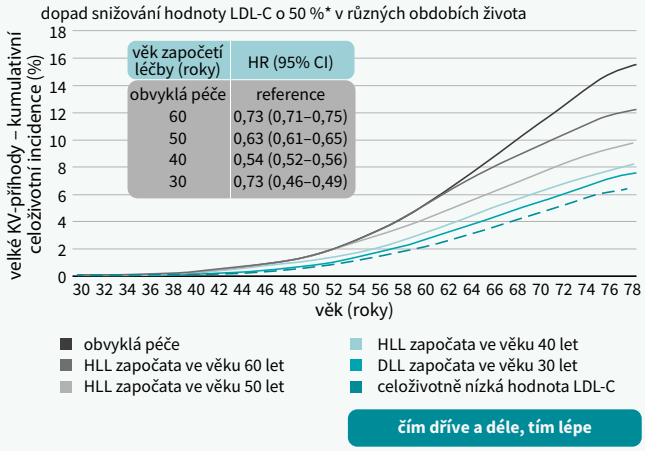
Graf 7 | Fixní kombinační (SPC) antihypertenzní léčba prokazuje vyšší adherenci a snížení KV-rizika ve srovnání s léčbou volnou kombinací. Upraveno podle [7]



PDP – podíl dní pokrytí

proLékaře.cz | 22.11.2026

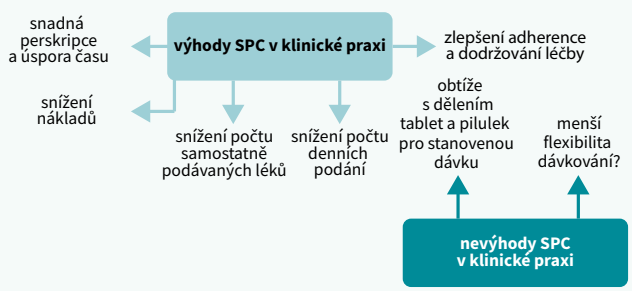
Graf 8 | Čím dříve dosáhneme snížení hodnot LDL-cholesterolu, tím lépe. Upraveno podle [8]



*od populačního mediánu 3,5 mmol/l (135 mg/dl), což znamená absolutní rozdíl 1,75 mmol/l

LDL-C – LDL-cholesterol **HLL** – hypolipidemická léčba

Schéma | Výhody a možné nevýhody fixní kombinační (SPC) antihypertenzní léčby ve srovnání s léčbou volnou kombinací. Upraveno podle [11]



Literatura použitá k datům ilustrujícím přijaté zásady

1. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet 2004; 364 (9438): 937–952. Dostupné z DOI: <https://doi: 10.1016/S0140–6736(04)17018–9>.

2. Hageman SHJ, Petitjaen C,Pennells L et al. Improving 10-year cardiovascular risk prediction in apparently healthy people: flexible addition of risk modifiers on top of SCORE2. Eur J Prev Cardiol 2023; 30(15): 1705–1714. Dostupné z DOI: <https://doi: 10.1093/eurjpc/zwad187>.

3. Quispe R, Bazo-Alvarez JC, Burroughs Peña M et al. [PERU MIGRANT Study; CRONICAS Cohort Study Group]. Distribution of Short-Term and Lifetime Predicted Risks of Cardiovascular Diseases in Peruvian Adults. J Am Heart Assoc 2015; 4(8):e002112. Dostupné z DOI: <https://doi: 10.1161/JAHA.115.002112>.

4. Vasan RS, Song RJ, Xanthakis V et al. Hypertension-Mediated Organ Damage: Prevalence, Correlates, and Prognosis in the Community. Hypertension 2022; 79(3): 505–515. Dostupné z DOI: <https://doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.121.18502>.

5. Mariampillai JE, Eskås PA, Heimark S et al. A Case for Less Intensive Blood Pressure Control: It Matters to Achieve Target Blood Pressure Early and Sustained Below 140/90 mmHg. Cardiovasc Dis 2016; 59(3): 209–218. Dostupné z DOI: <https://doi: 10.1016/j.pcad.2016.09.002>.

6. Rea F, Corrao G, Merlino L et al. Early cardiovascular protection by initial two-drug fixed-dose combination treatment vs. monotherapy in hypertension. Eur Heart J 2018; 39(40): 3654–3661. Dostupné z DOI: <https://doi: 10.1093/eurheartj/ehy420>.

7. Snyman JR, Bortolotto LA, Degli Esposti L et al. A real-world analysis of outcomes and healthcare costs of patients on perindopril/indapamide/amlodipine single-pill vs. multiple-pill combination in Italy. J Hypertens 2024; 42(1): 136–142. Dostupné z DOI: <https://doi: 10.1097/HJH.0000000000003570>.

8. Ray KK, Ference BA, Séverin T et al. World Heart Federation Cholesterol Roadmap 2022. Glob Heart 2022;17(1): Dostupné z DOI: <https://doi: 10.5334/gh.1154>.

9. Visseren F LJ, Mach F, Smulders YM et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J 2021 ;42(34): 3227–3337. Dostupné z DOI: <https://doi: 10.1093/eurheartj/ehab484>.

10. Rashiti P, Rashiti-Bytyçi A, Haradinaj K et al. Using the HEART score in patients with chest pain in the emergency department of Kosovo as an important triage criterion for treatment and hospitalization. Ann Med Surg (Lond) 2023; 85(7): 3318–3322. Dostupné z DOI: <https://doi: 10.1097/MS9.0000000000000940>.

11. Coca A, Whelton SP, Camafort M et al. Single-pill combination for treatment of hypertension: Just a matter of practicality or is there a real clinical benefit? Eur J Intern Med 2024; 126: 16–25. Dostupné z DOI: <https://doi: 10.1016/j.ejim.2024.04.011>.