proLékaře.cz | 11.11.2026

Šobrův den 2026: Od kořenů lipidologie k její budoucnosti

Šobra Day 2026: From the roots of lipidology to its future

Kristýna Čillíková

Česká společnost pro aterosklerózu o.s.

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

Doručeno do redakce | Doručené do redakcie | Received 7. 9. 2026

Kdo jsme, odkud přicházíme a kam jdeme? Gauguinovu otázku si jako leitmotiv zvolil letošní jubilejní 40. ročník konference o hyperlipoproteinemiích alias Šobrův den. Jak v úvodním slově připomněli prof. Richard Češka a prof. Michal Vrablík, lipidologie se za desetiletí posunula z oboru zabývajícího se kdysi zdánlivě okrajovými parametry metabolizmu do samotného centra moderní preventivní medicíny. A právě program letošního červnového setkání ukázal, kam se obor ubírá – k přesnější stratifikaci kardiovaskulárního rizika, k širším možnostem hypolipidemické léčby a zároveň k lepší organizaci péče o vysoce rizikové pacienty.

Program jako obvykle dobře vystihoval šíři **současné lipidologie**. Prof. MUDr. Richard Češka, CSc., se ohlédl za tím, jak se lipidologie proměnila během posledních sta let, zatímco prof. MUDr. Renata Cífková, CSc., se věnovala aktuální otázce hypolipidemické léčby v těhotenství. Prof. MUDr. Pavel Kraml, Ph.D., propojil onkologii s kardiovaskulární (KV) prevencí tématem antiandrogenní léčby karcinomu prostaty a KV-rizika, prof. MUDr. David Karásek, Ph.D., se zaměřil na dyslipidemii u diabetu 1. typu, doc. MUDr. Ľubica Cibičková, Ph.D., na metabolické účinky moderních antiobezitik a doc. MUDr. Lukáš Zlatohlávek, Ph.D., připomněl téma KV-rizika u osob s HIV.

Výrazný prostor dostala také **organizace lipidologické péče**. Prof. MUDr. Tomáš Freiberger, Ph.D., představil novou definici pracovišť klinické lipidologie a její implikace pro Českou republiku a prof. MUDr. Michal Vrablík, Ph.D., zasadil lipidová centra do kontextu Národního kardiovaskulárního plánu. Samostatný blok připomněl minulost i současnost lipoproteinové aferézy včetně třicetiletých zkušeností hradeckého centra a otázky, jak její postavení mění nástup nových hypolipidemických terapií. Prof. MUDr. Jan Piťha, CSc., pak na problematice asymptomatických významných stenóz karotid demonstroval možnosti preventivní medicíny.

Národní kardiovaskulární plán vstoupil do druhého roku, prioritou je méně nemocných

Česká republika žije ve druhém roce implementace Národního kardiovaskulárního plánu (NKP). Epidemiologické trendy jsou příznivé – mortalita na kardiovaskulární onemocnění (KVO) dlouhodobě klesá. Zatímco před 15 lety připadalo na KVO přibližně 52 % všech úmrtí, dnes je tento podíl zhruba o 10 % nižší. Právě proto již hlavním cílem NKP není další snižování KV-mortality, ale především omezení KV-morbidity. Ta se navíc stále častěji přesouvá do mladších věkových kategorií. Alarmujícím signálem je skutečnost, že přibližně třetina českých dětí trpí nadváhou nebo obezitou. „Právě z této populace se budou rekrutovat mladí lidé s vysokým KV-rizikem i pacienti s manifestními oběhovými onemocněními. I proto je realizace NKP nezbytná," podtrhnul prof. Vrablík. Vedle prevence se NKP chce zaměřit také na snižování regionálních nerovností. „Nejde přitom pouze o dostupnost zdravotních služeb, ale také o jejich výsledky," podotkl prof. Vrablík a dodal, že hlavní město Praha dlouhodobě vykazuje nejnižší předčasnou KV-mortalitu v republice, zatímco Karlovarský a Ústecký kraj patří mezi regiony s nejhoršími výsledky. Rozdíly mezi nimi a Prahou dosahují přibližně 30 %. I odstranění těchto nerovností je jedním z hlavních úkolů NKP. Jedním z nejvýznamnějších výsledků prvního roku a půl implementace NKP je výrazné rozšíření datových výstupů Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS). Dostupnost kvalitních populačních dat totiž patří mezi základní priority plánu. K dispozici je dnes například prakticky kompletní databáze laboratorních výsledků za posledních pět let. Přestože do těchto dat zatím nemohou nahlížet samotní poskytovatelé zdravotní péče, tedy zdravotnická zařízení a lékaři, i tato možnost je do budoucna plánována. Databáze zahrnuje kompletní lipidový profil včetně koncentrací lipoproteinu(a). Jak komentoval prof. Vrablík, podle údajů ÚZIS se v České republice každoročně provádějí miliony lipidových vyšetření a prakticky celá populace má alespoň jednou ročně stanovenu koncentraci LDL-cholesterolu (LDL-C). Na základě těchto údajů vznikla

proLékaře.cz | 11.11.2026

také tzv. cholesterolová mapa České republiky, která ukazuje, jak se daří kompenzace dyslipidemie v jednotlivých regionech. Hodnoceni jsou pacienti ve věku 45–64 let s arteriální hypertenzí, kteří měli hodnotu LDL-C stanovenu ve 3 po sobě jdoucích letech. Data ukazují postupné zlepšování kompenzace mezi sledovanými lety. Prof. Vrablík však upozorňuje, že použitá metodika je poměrně optimistická. Za úspěšně kompenzované totiž považuje osoby s koncentrací LDL-C < 3,0 mmol/l, přestože vzhledem k věku i přítomnosti hypertenze, tedy KV-riziku, by cílové hodnoty měly být nižší. Cholesterolovou mapu je proto vhodné vnímat především jako nástroj sledování dlouhodobých trendů. Významným přínosem jsou také první celostátní data o chronickém onemocnění ledvin (CKD – Chronic Kidney Disease), jehož významná souvislost s KV-zdravím je dobře známá. „Takto rozsáhlá nefrologická data dosud v České republice neexistovala. Nebyla známá ani prevalence CKD v české populaci. Předpokládalo se, že bude obdobná jako v Evropě, tedy přibližně 10 %," uvedl prof. Vrablík a doplnil, že první analýzy se týkají pacientů s arteriální hypertenzí, kterých je přibližně 2,5 milionu. Z nich mělo renální funkce stanoveno asi 1,6 milionu osob, zatímco přibližně jeden milion hypertoniků vyšetření funkce ledvin provedeno neměl. To představuje závažné zjištění, neboť vyšetření renálních funkcí je již nejméně 10 let povinnou součástí laboratorního vyšetření pacientů s arteriální hypertenzí. Přesto zjevně není prováděno u všech nemocných.

Jedním z prvních konkrétních kroků NKP v oblasti prevence byla změna obsahu preventivních prohlídek u praktických lékařů, která vstoupila v platnost 1. ledna 2026. Současně se změnila i frekvence některých laboratorních vyšetření. Pro oblast lipidologie je zásadní především zařazení stanovení koncentrace lipoproteinu(a) mezi povinná vyšetření. Podle zkušeností z praxe se tato vyšetření skutečně provádějí a lipidové poradny již zaznamenaly zvýšený počet doporučení pacientů s vysokými hodnotami Lp(a). Vyšší než optimální koncentrace Lp(a) má přibližně 20 % populace, tedy kolem dvou milionů obyvatel České republiky. Takový počet pacientů není možné soustředit do specializovaných lipidových ambulancí. Proto Česká společnost pro aterosklerózu (ČSAT) připravila pro praktické lékaře stručné jednostránkové doporučení (k dispozici i na webu ČSAT v sekci Aktuality). Podle něj pacienti s koncentrací Lp(a) < 105 nmol/l nemají zvýšené KV-riziko související s tímto parametrem. Pacienti s hodnotami 105–400 nmol/l by měli v ordinaci praktického lékaře podstoupit intenzivní management ostatních KV-rizikových faktorů. Osoby s koncentrací Lp(a) > než 400 nmol/l, která odpovídá riziku pacientů s heterozygotní familiární hypercholesterolemií, by měly být odeslány do specializované lipidové poradny.

Síť center pro léčbu závažných dyslipidemií bude součástí NKP

ČSAT dlouhodobě podporuje síť lipidových center známých dosud jako centra projektu MedPed. Dalším krokem bude jejich začlenění do Národního kardiovaskulárního plánu pod názvem „centra pro léčbu závažných dyslipidemií." Jejich úkolem nebude pouze poskytování specializované léčby, ale také komplexní kvantifikace individuálního KV-rizika. Riziko totiž nelze hodnotit pouze pomocí standardních algoritmů. Zohlednit je třeba také faktory, které se v běžných skórovacích systémech neobjevují, například reprodukční komplikace nebo zvýšené KV-riziko v období po menopauze. Současně zaznělo důležité sdělení pro každodenní klinickou praxi. Indikací antihypertenzní a hypolipidemické léčby lze podle prof. Vrablíka zachránit pravděpodobně více životů než zaměřením se na vzácné rizikové faktory. „U většiny pacientů není potřeba sofistikovaných laboratorních ani zobrazovacích vyšetření, pokud mají přítomny běžné rizikové faktory," zdůraznil prof. Vrablík. Ve věkové kategorii nad 50 let má totiž optimální koncentrace krevních lipidů méně než 10 % osob a obdobně nepříznivá situace je i u kontroly krevního tlaku. Neméně důležité je sledovat adherenci nemocných k léčbě a podporovat ji například využíváním fixních kombinací, které představují jeden z nejúčinnějších nástrojů ke zlepšení dlouhodobé kompliance. První rok a půl implementace NKP ukázal, že plán nezůstává pouze strategickým dokumentem. Přináší konkrétní změny v oblasti prevence, využití populačních dat i organizace péče. Současně však odhaluje rezervy, například v podobě regionálních nerovností nebo v nedostatečném vyšetřování renálních funkcí u hypertoniků. Další úspěch Národního kardiovaskulárního plánu bude záviset na aktivní spolupráci všech zdravotnických odborností. Jak zaznělo v závěru prezentace: „NKP žije a vy všichni jste jeho součástí. "

Léčba těhotných žen s hypercholesterolemií ve světle nových doporučení

Během těhotenství u pacientek bez poruchy metabolizmu lipidů dochází fyziologicky ke zvýšení hladin LDL-C přibližně o 30–50 %, HDL-C o 20–40 % a triglyceridů o 50–100 %, avšak tyto změny vlivem adaptace organizmu v těhotenství není třeba léčit. Zvláště u žen s familiární hypercholesterolemií (FH) ale zvýšené expozice LDL-C během gravidity přispívají k celoživotnímu KV-riziku. „Ve výsledku se ukazuje, že ženy s FH jsou v důsledku těhotenství a období kojení dlouhé roky bez hypolipidemické léčby, protože tato léčba je v těhotenství a kojení kontraindikována," konstatovala prof. Cífková. Přestože aterosklerotické postižení koronárních tepen je u reprodukčně aktivních žen vzácné, těhotenství ve 4., případně 5. dekádě života je stále častější a je spojeno s vyšší prevalencí akutního infarktu myokardu během těhotenství. Výjimkou nejsou ani těhotenství žen s již manifestním aterosklerózou podmíněným KVO (ASKVO). Jak již bylo zmíněno, v těhotenství dochází fyziologicky ke zvýšení LDL-C, avšak u pacientek s FH bude absolutní nárůst hodnot spojen s velmi vysokým rizikem ASKVO. Prekoncepčně se doporučuje jejich KV-vyšetření k posouzení rizika, včetně echokardiografického hodnocení tlakového gradientu přes aortální chlopeň a kořen aorty a, je-li to možné, CT-koronár-

proLékaře.cz | 11.11.2026

ní angiografie k posouzení přítomnosti ischemické choroby srdeční. Pacientky s FH by měly být poučeny, že těhotenství je spojeno se zvýšeným KV-rizikem a může být potenciálně život ohrožující. Výživa a životní styl mají klíčový vliv na vývoj plodu i zdraví matky. Těhotné ženy s poruchami lipidů by se měly vyhýbat přísně restriktivním dietám a preferovat kardioprotektivní stravovací vzorce, například středomořskou dietu. Dodržování těchto zásad je mimo jiné spojeno se sníženým rizikem gestačního diabetu, preeklampsie, poporodní deprese a dětské adipozity. Pravidelná fyzická aktivita během těhotenství snižuje kardiovaskulární i metabolické riziko, nadměrný nárůst tělesné hmotnosti a symptomy poporodní deprese. Aerobní i silový trénink je proto vhodný před, během i po těhotenství. Ačkoliv byly statiny od roku 1987 považovány za kontraindikované v těhotenství, v současnosti zůstávají kontraindikovány pouze v období laktace. Americký Úřad pro kontrolu potravin a léčiv (US FDA – Food and Drug Administration) doporučil odstranění kontraindikace v těhotenství na základě komplexního přehledu dostupných dat, včetně observačních studií, které neprokázaly jasné zvýšení rizika závažných vrozených vad při expozici statinům. Pokračování statinové terapie v těhotenství tak může být v USA zváženo u žen s FH nebo manifestním ASKVO, zatímco u ostatních těhotných žen se doporučuje léčbu přerušit. Tento přístup je podpořen několika recentními metaanalýzami, které prokazují nízké riziko spojené s užíváním statinů v těhotenství, přičemž klíčová data přinesla kohortová studie Bateman et al (Statins and congenital malformations: cohort study, BMJ 2015 Mar 17) zahrnující 1 152 těhotenství exponovaných statinům. Užívání statinů v těhotenství však dosud neschválila Evropská léková agentura. V Evropě tak nadále platí kontraindikace statinů v těhotenství. „V současnosti je tedy situace taková, že pro naprostou většinu žen bude platit, že statiny v těhotenství vynecháme, obvykle již dva měsíce před plánovaným početím," uvedla prof. Cífková. O bezpečnosti ezetimibu v těhotenství bohužel zatím nejsou dostupné údaje. Předklinické studie na zvířatech ukázaly, že ezetimib prochází placentou a vysoké dávky mohou být spojeny s některými skeletálními nálezy u potomstva, i když relevance těchto nálezů pro člověka zůstává nejasná. Mezi perspektivní nové přístupy patří inhibitory PCSK9 a inklisiran. Genetické studie však naznačují možné zvýšení rizika vrozených vad při celoorganizmové inhibici PCSK9. Pro jakékoli komplexní závěry je však stále k dispozici jen málo informací. Informace o rizicích pro matku či plod v důsledku léčby moderními přípravky v léčbě vysokých hodnot LDL-C, jako je lomitapid, evinakumab či kyselina bempedoová, nejsou zatím dostupné – zejména vzhledem ke kontraindikaci této léčby v těhotenství a recentnímu uvedení těchto léků na trh. Shrnuto, nová doporučení ukazují, že péče o ženy s hypercholesterolemií v reprodukčním věku se postupně posouvá od plošných zákazů k individuálnímu posuzování rizika. Zatímco evropská doporučení nadále zachovávají kontraindikaci statinů v těhotenství, americký přístup již připouští jejich podávání u žen s velmi vysokým KV-rizikem. Společným jmenovatelem obou přístupů zůstává důsledná prekoncepční příprava, edukace pacientek, podpora zdravého životního stylu a mezioborová spolupráce. U žen s homozygotní familiární hypercholesterolemií je pak nezbytné zajistit péči ve specializovaných centrech s možností lipoproteinové aferézy a individuálně nastaveného léčebného postupu.