



**Národný ústav srdcových
a cievnych chorôb, a. s.**

Oddelenie akútnej kardiológie – koronárna starostlivosť, Bratislava

UŽÍVANIE TABAKU A FAKTORY ZVYŠUJÚCE RIZIKO PACIENTOV S OCHORENÍM KORONÁRNYCH CIEV

Léčba závislosti na tabáku 2026

14.04.2026, Praha

PhDr. Gabriel Bálint, PhD.

Výberový súbor

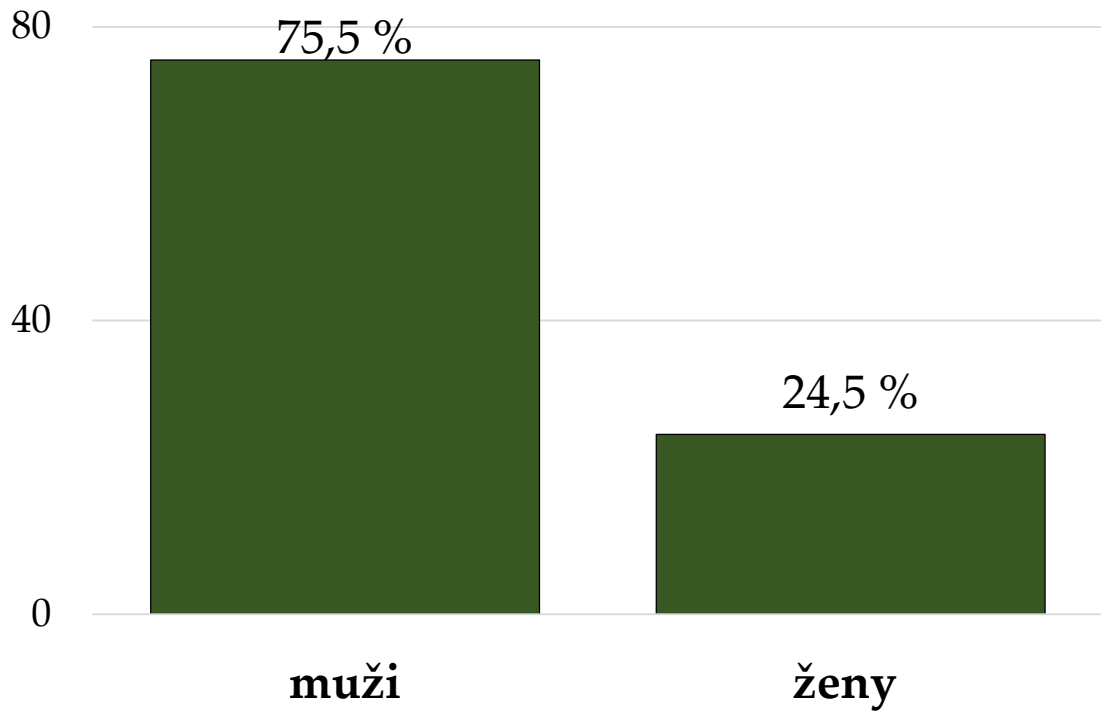
- 253 hospitalizovaných pacientov s ochorením koronárnych ciev dalo súhlas pre účasť na našom výskume, čo potvrdili svojim podpisom informovaného súhlasu. Zber dát prebiehal do júla 2021 do novembra 2024.

Metodika

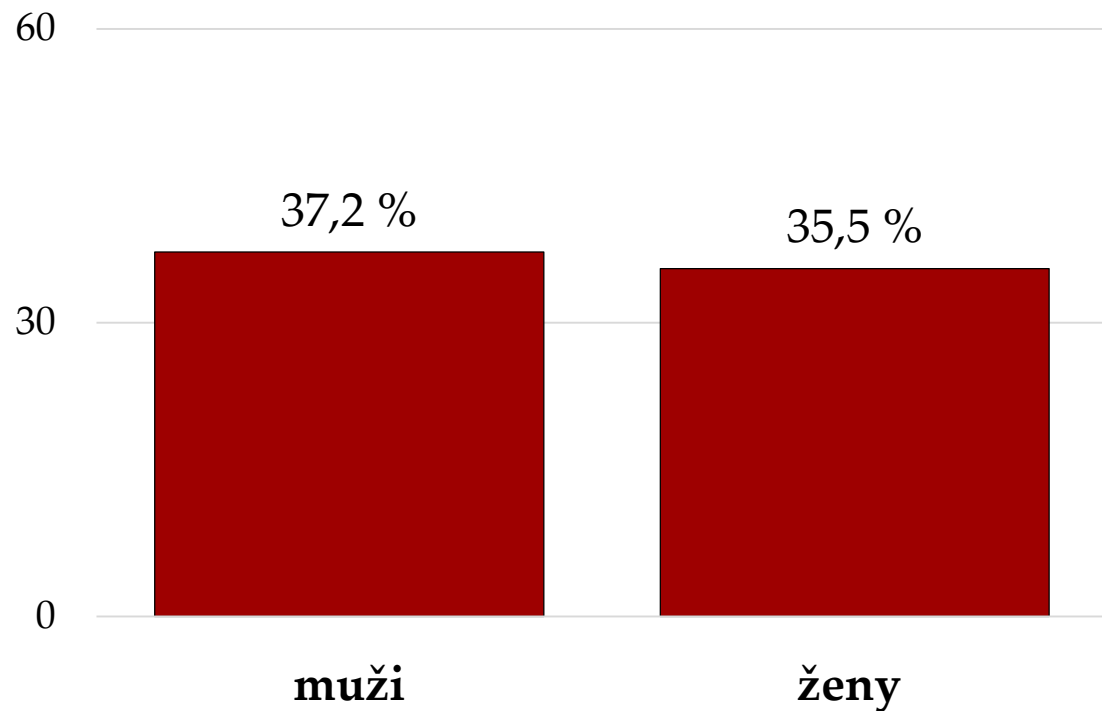
- Použili sme nami zostavené dotazníky pre zber demografických údajov, komorbidít, vybraných antropometrických a biologických parametrov taktiež užívanie tabaku a mieru závislosti podľa Heavy Smoking Index (HSI) (Chabrol et al. 2005).
- Pre objektivizovanie posudzovania sme použili štandardizovaný dotazník Coronary Artery Disease Education Questionnaire (CADE-Q II), ktorý obsahuje 31 uzavretých položiek, zameriava sa na overenie vedomostí sekundárnej prevencie v doménach: zdravotný stav, rizikové faktory, cvičenie, výživa a psychosociálne riziko. Maximálne dosiahnuteľné skóre je 93 (De Melo Ghisi et al. 2015).

Pohlavie	n	%	n	Fajčiari %	Priemerný vek + SD
Muži	191	75,5	71	37,2	57,47 ± 9,08
Ženy	62	24,5	22	35,5	59,64 ± 8,26

Tabuľka 1



Graf 1

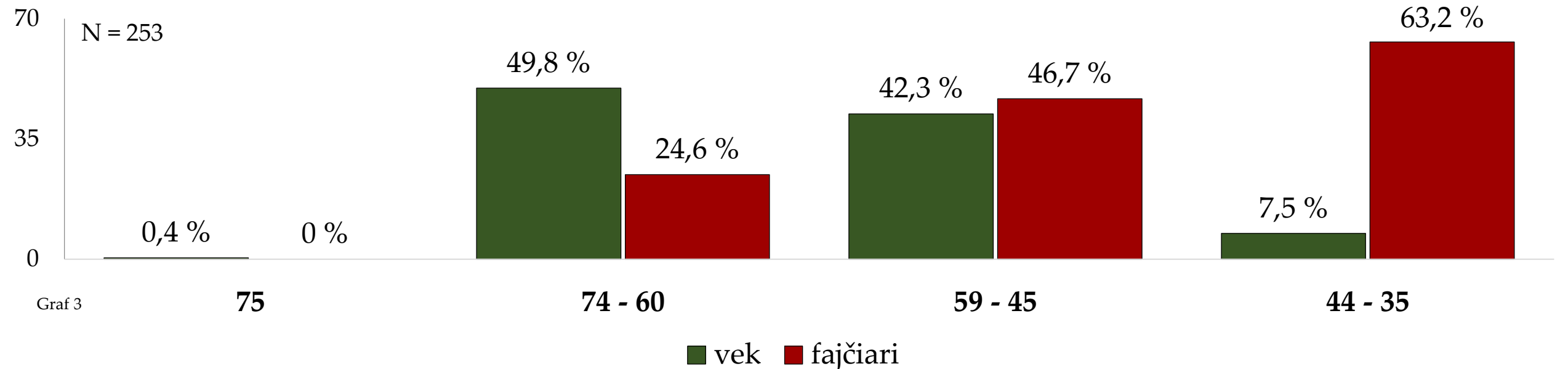


Graf 2

„Obě pohlaví jsou ovlivněna podobnými rizikovými faktory, ale některé z nich mají větší vliv na rozvoj ischemické choroby srdeční u žen. Jedná se zejména o kouření, cukrovku 2. typu, depresi a další psychosociální faktory“ (Jennings et al. 2022).

Vekové skupiny podľa SZO	n	%	n	Fajčiari %
75 rokov	1	0,4	0	0
60 – 74 rokov	126	49,8	31	24,6
45 – 59 rokov	107	42,3	50	46,7
35 – 44 rokov	19	7,5	12	63,2

Tabuľka 2

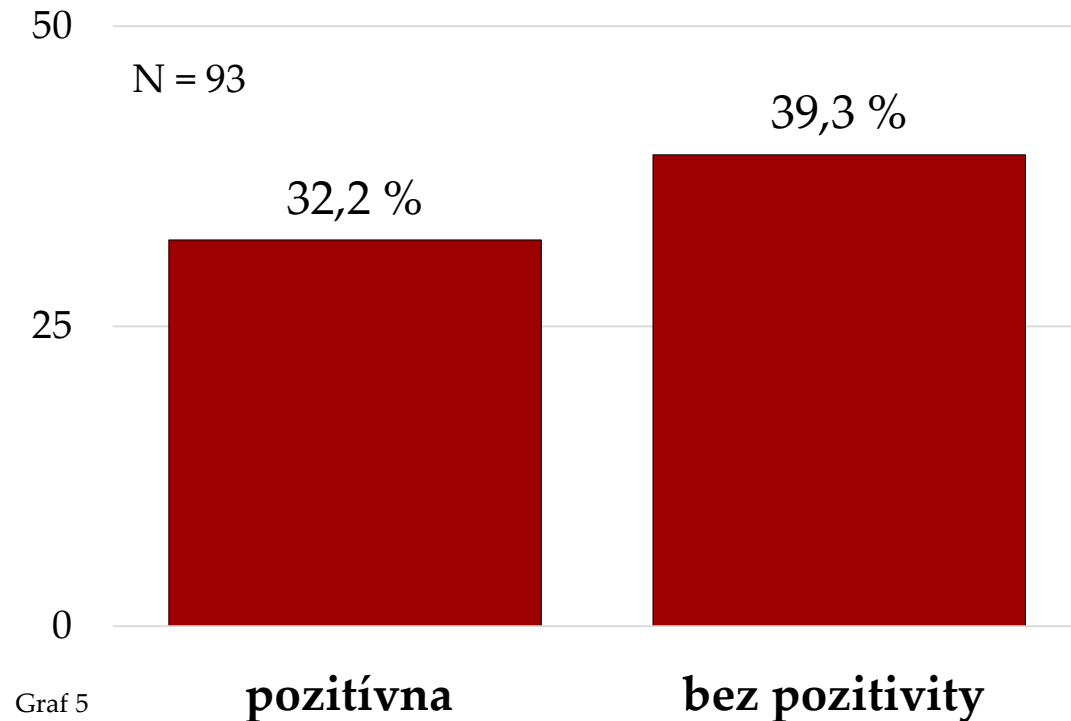
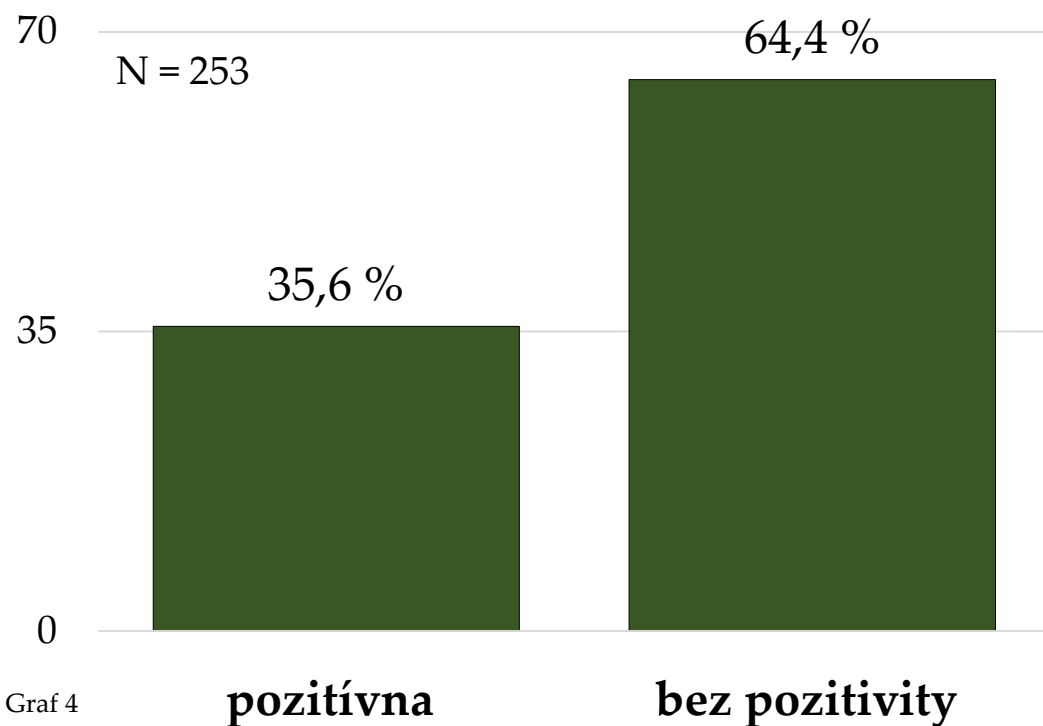


„Věk je spíše měřítkem délky expozice než rizikovým faktorem jako takovým. Je dominantním faktorem kardiovaskulárního rizika“ (Jennings et al.2022).

Rodinná anamnéza

	n	%	n	Fajčiari %
Pozitívna anamnéza	90	35,6	29	32,2
Bez pozitívnej anamnézy	163	64,4	64	39,3

Tabuľka 3

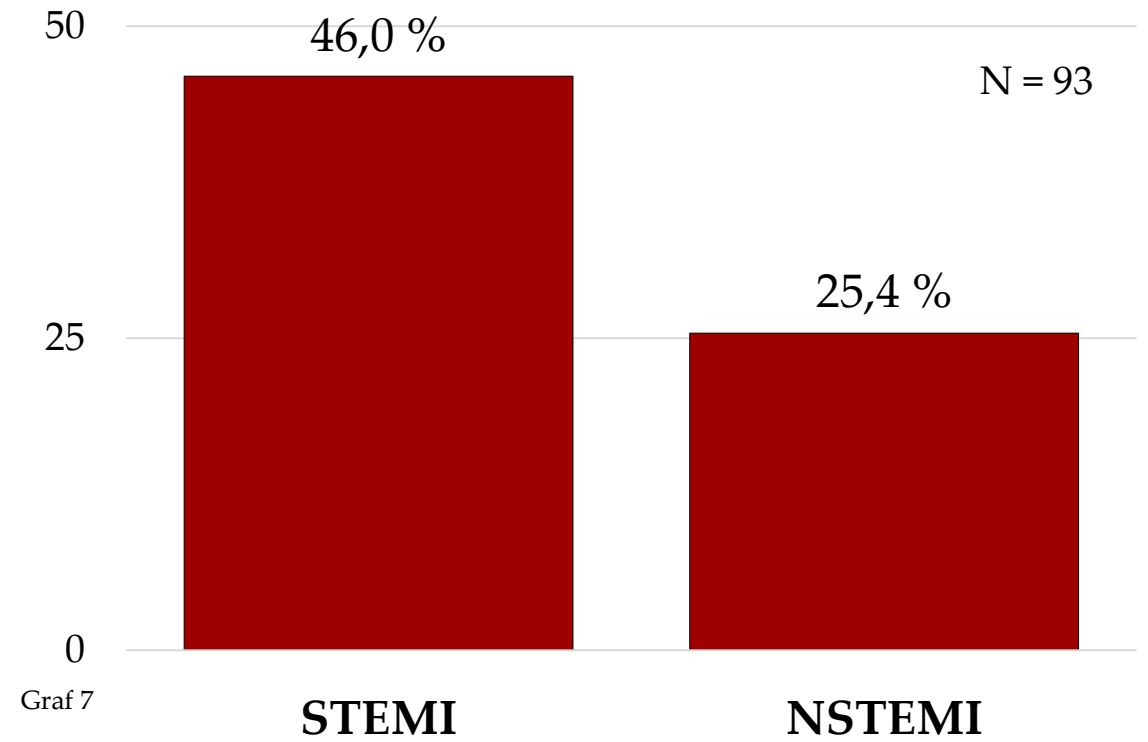
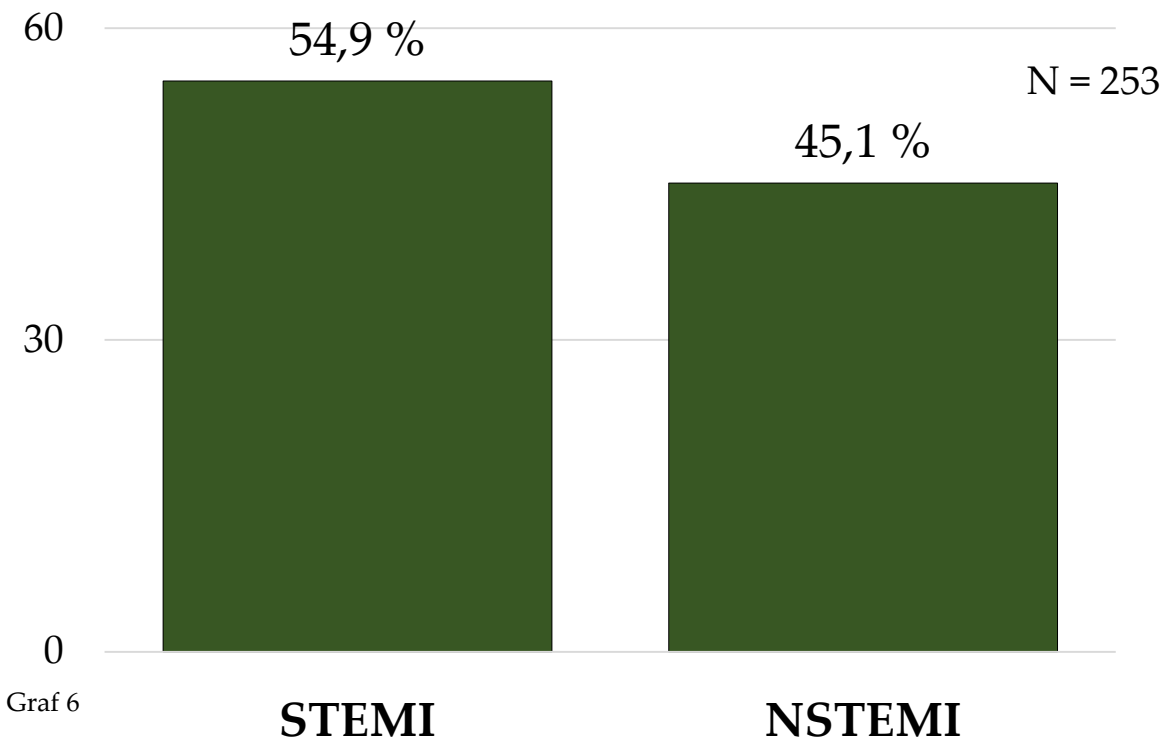


„Rodinná anamnéza je významným rizikovým faktorom v prípade, že má daná osoba príbuzného v prvom stupni, u ktorého došlo k predčasnej kardiálnej príhode pred dovršením 55 let u muža alebo pred dovršením 65 let u ženy“ (Dumbar et al. 2024).

Delenie súboru podľa hlavnej diagnózy

Hlavná diagnóza	n	%	n	Fajčiari %
STEMI	139	54,9	64	46,0
NSTEMI	114	45,1	29	25,4

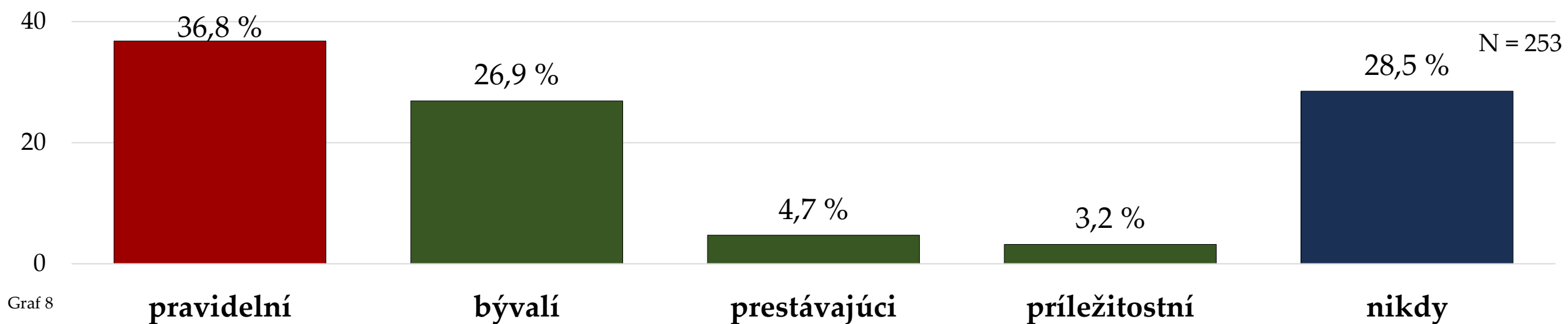
Tabuľka 4



„Odvykání kouření zlepšuje prognózu pacientů s koronárním syndromem, včetně 36% snížení rizika úmrtí“ (Knuuti et al. 2019).

Tabakový profil súboru	n	100 %
Pravidelní fajčiari	93	36,8
Bývalí fajčiari	68	26,9
Prestávajúci fajčiari	12	4,7
Príležitostní fajčiari	8	3,2
Nikdy nefajčili	72	28,5

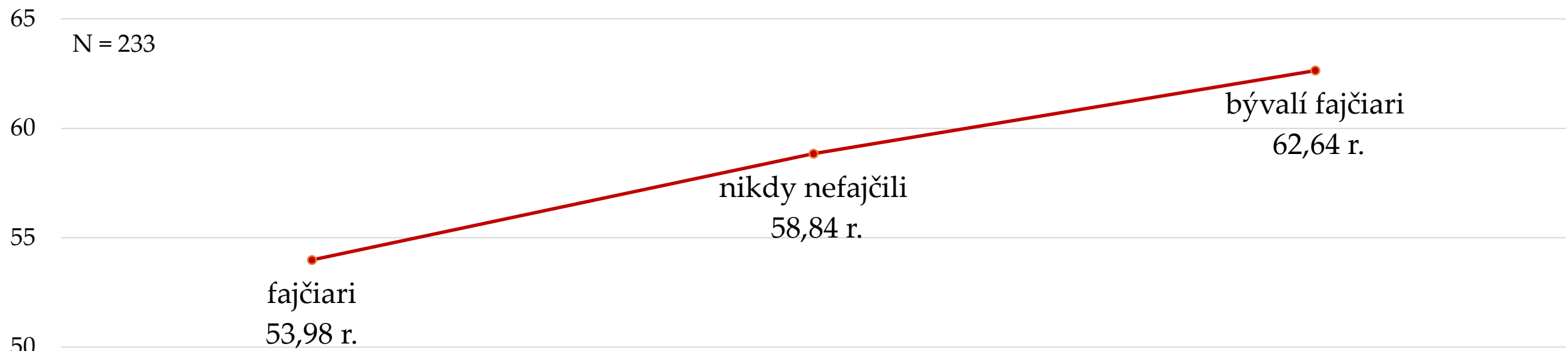
Tabuľka 5



„Musíme si byť jisti, že pacient chápe, ktoré konkrétné rizikové faktory zvyšujú v jeho prípade pravdepodobnosť ďalšej kardiovaskulárnej príhody“ (Dosbaba et al. 2023).

Tabakový profil	Vek + SD	n	hodnota p
Pravidelní fajčiari	53,98 ± 8,44	93	
Nikdy nefajčili	58,84 ± 7,33	72	0,001
Bývalí fajčiari	62,64 ± 7,83	68	0,001

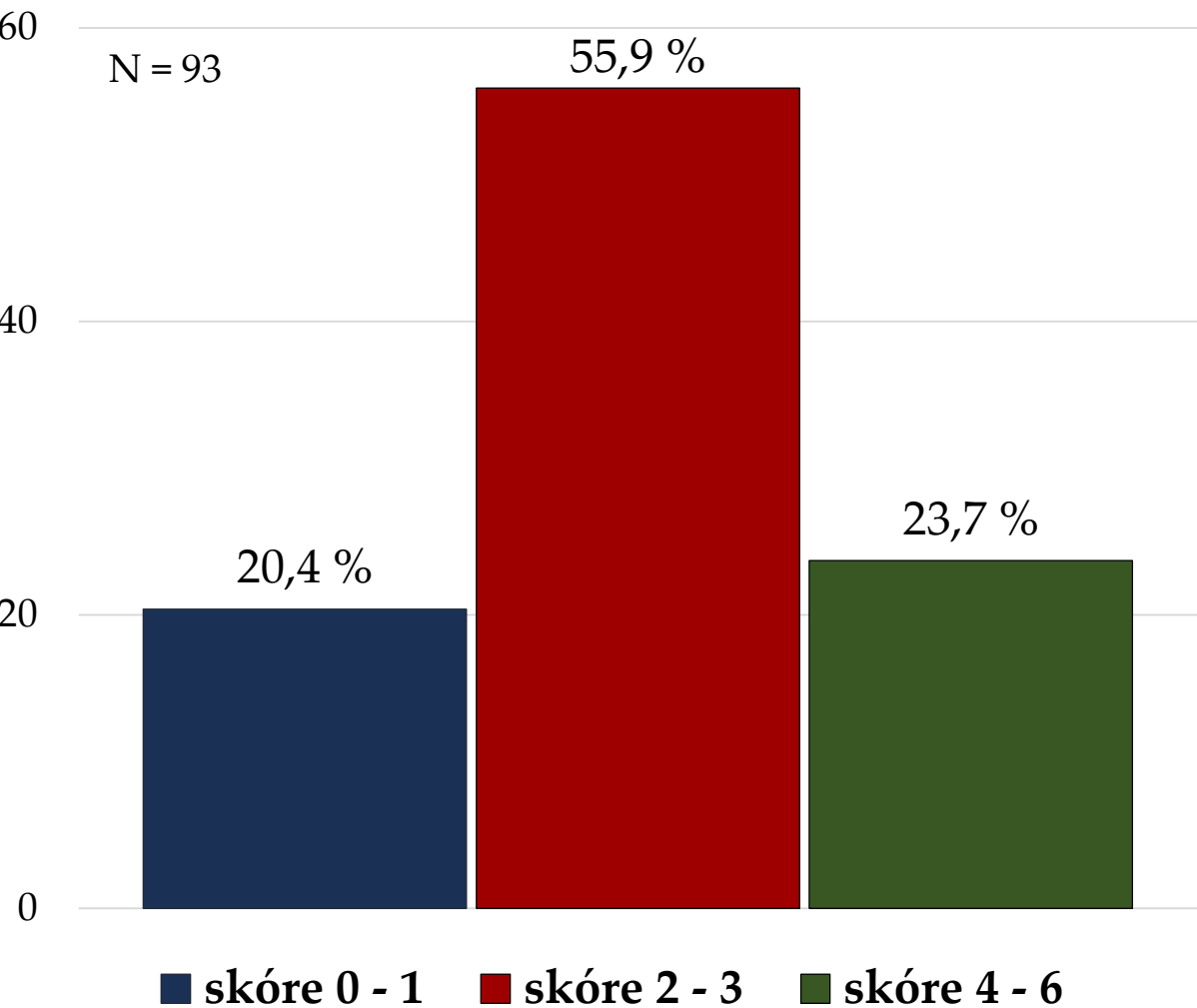
Tabuľka 6



Graf 9

„Ukončení kouření před 45 rokem věku je spojeno s přibližně 90 % snížením rizika úmrtnosti ve srovnání s pokračováním v kouření, zatímco u osob, které přestali kouřit ve věku mezi 45 a 64 lety, klesá toto procento na 66 %“(Dumbar et al. 2024).

Miera závislosti podľa Heavy Smoking Index (HSI)



Graf 10

HSI skóre	n	%	Cigariet denne (<i>Me</i>)	Vek + SD
4 - 6	22	23,7	30	50,31±7,88
2 - 3	52	55,9	20	54,17±8,34
0 - 1	19	20,4	10	57,73±7,95

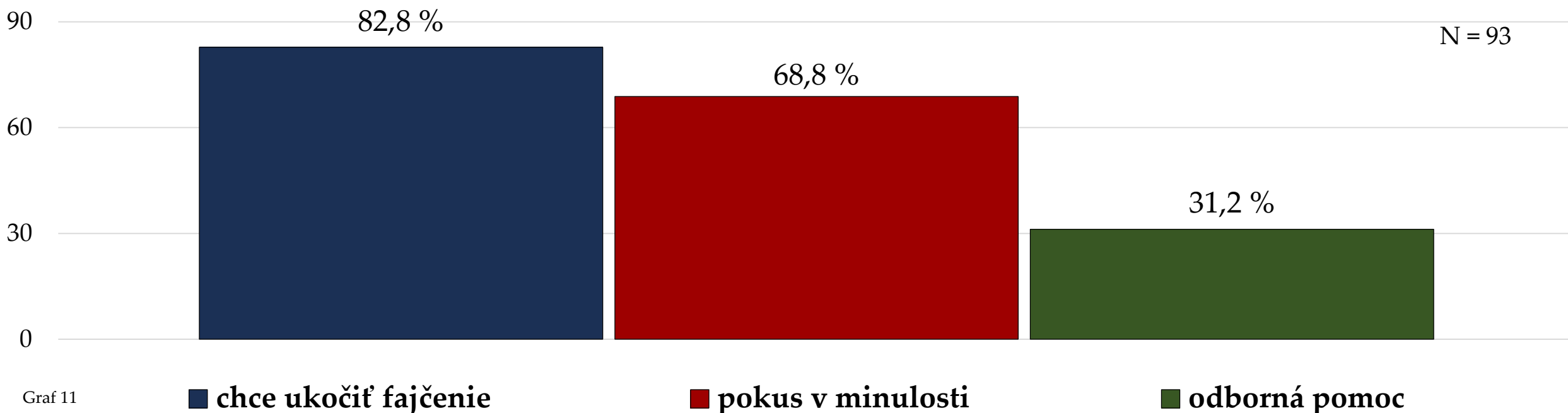
Tabuľka 7

N = 93	Počet cigariet denne
HSI skóre	0,772

Tabuľka 8

Postoje fajčiarov	n	%
Chce ukončiť fajčenie	77	82,8
Pokus ukončiť fajčenie v minulosti	64	68,8
Prijali by odbornú pomoc	29	31,2

Tabuľka 9



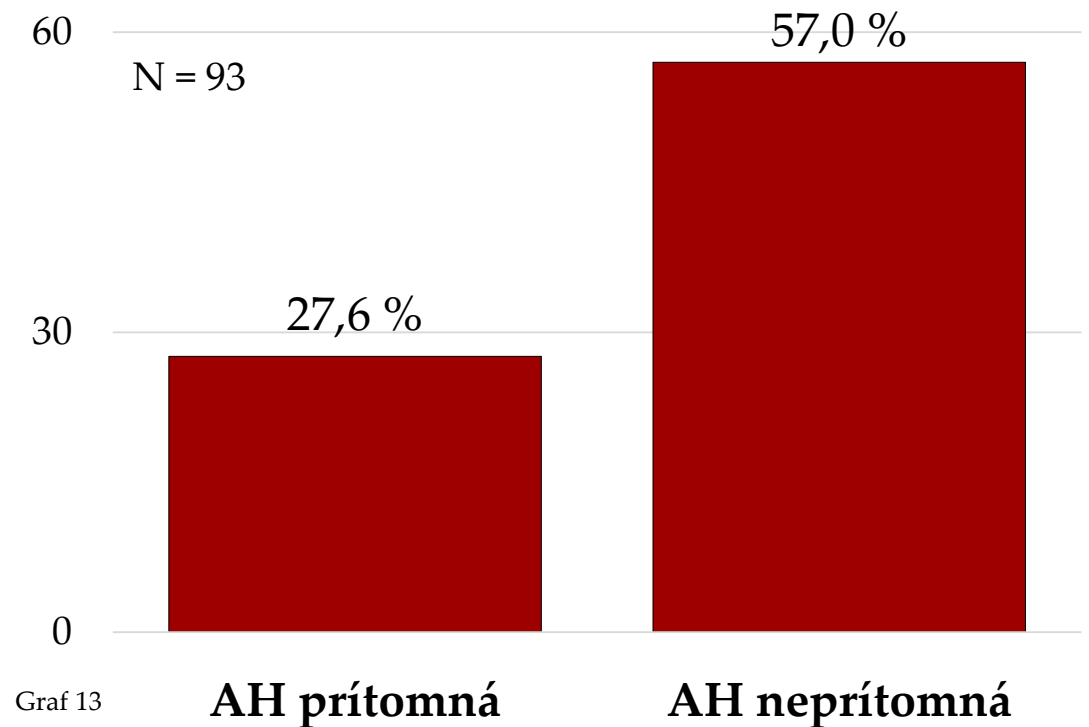
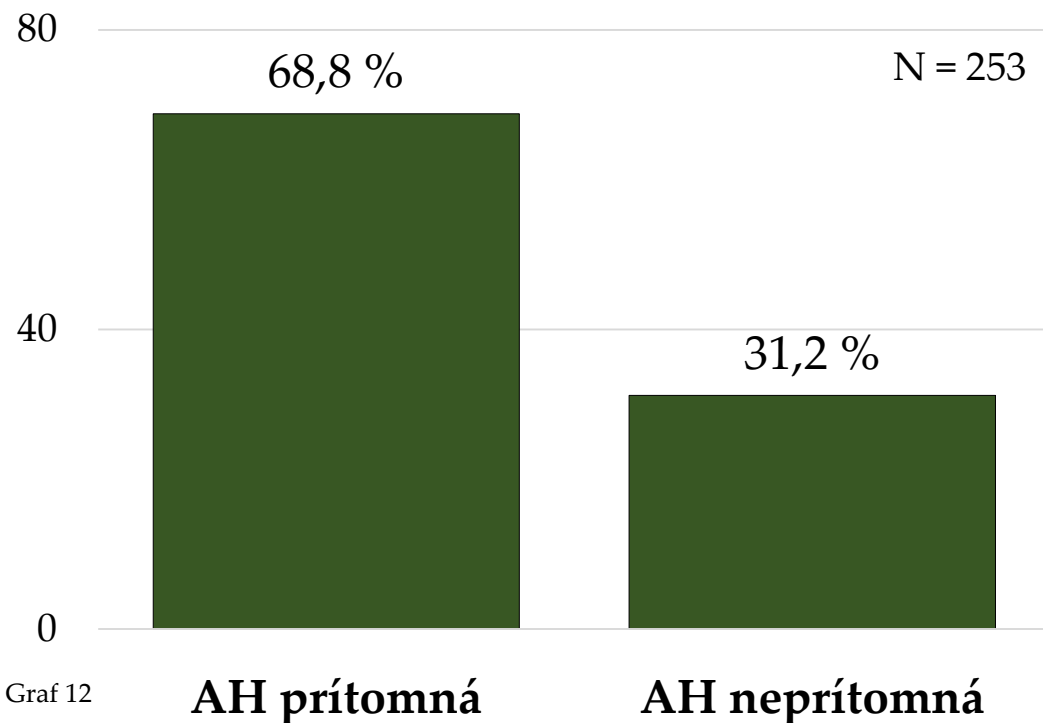
Graf 11

„Zapojení sester do léčby závislosti na tabáku doporučuje i Světová zdravotnická organizace, protože sestry se s pacienty setkávají pravidelně v průběhu nemoci, kdy mohou být vnímavější k doporučením přestat kouřit“ (Tóthová et al. 2019).

Klinické charakteristiky súboru

Primárna arteriálna hypertenzia	n	%	n	Fajčiari %
AH prítomná	174	68,8	48	27,6
AH neprítomná	79	31,2	45	57,0

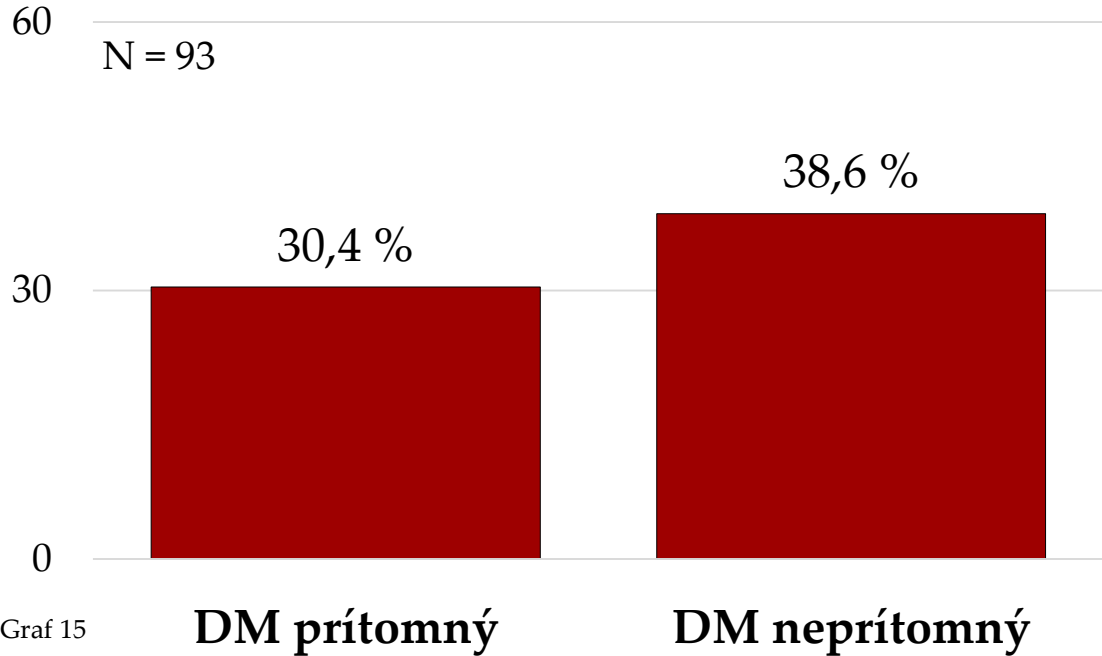
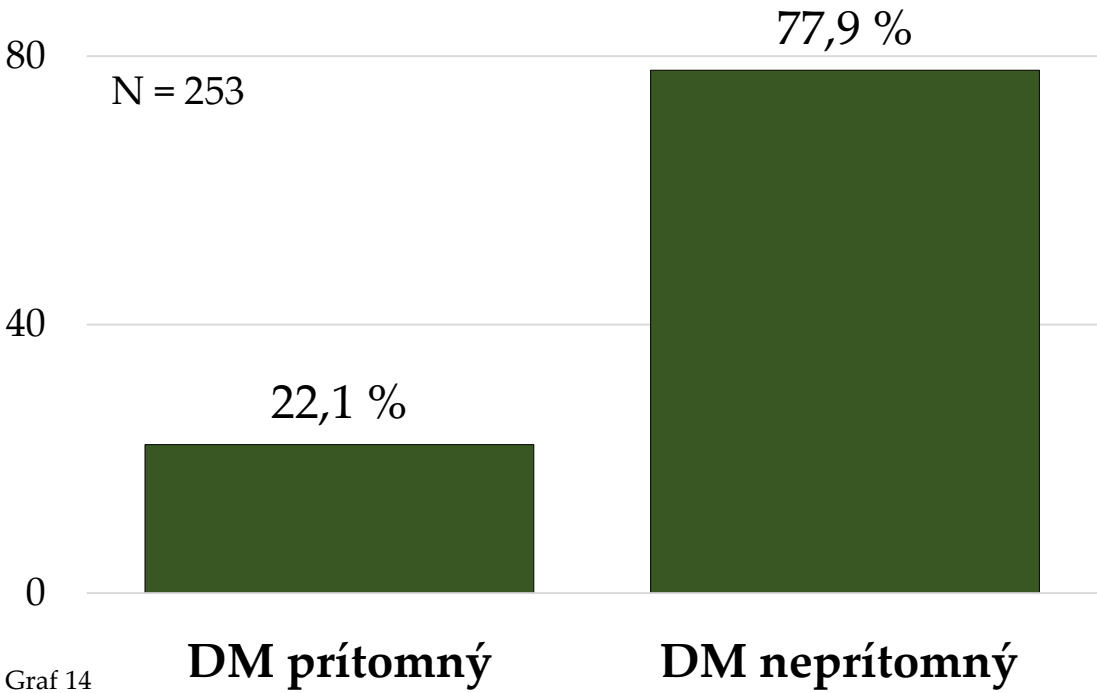
Tabuľka 10



„Léčba a management arteriální hypertenze by měly zahrnovat cvičení, regulaci tělesné hmotnosti, omezení příjmu sodíku, sníženou konzumaci alkoholu a odvykání kouření“ (Abreu et al. 2020).

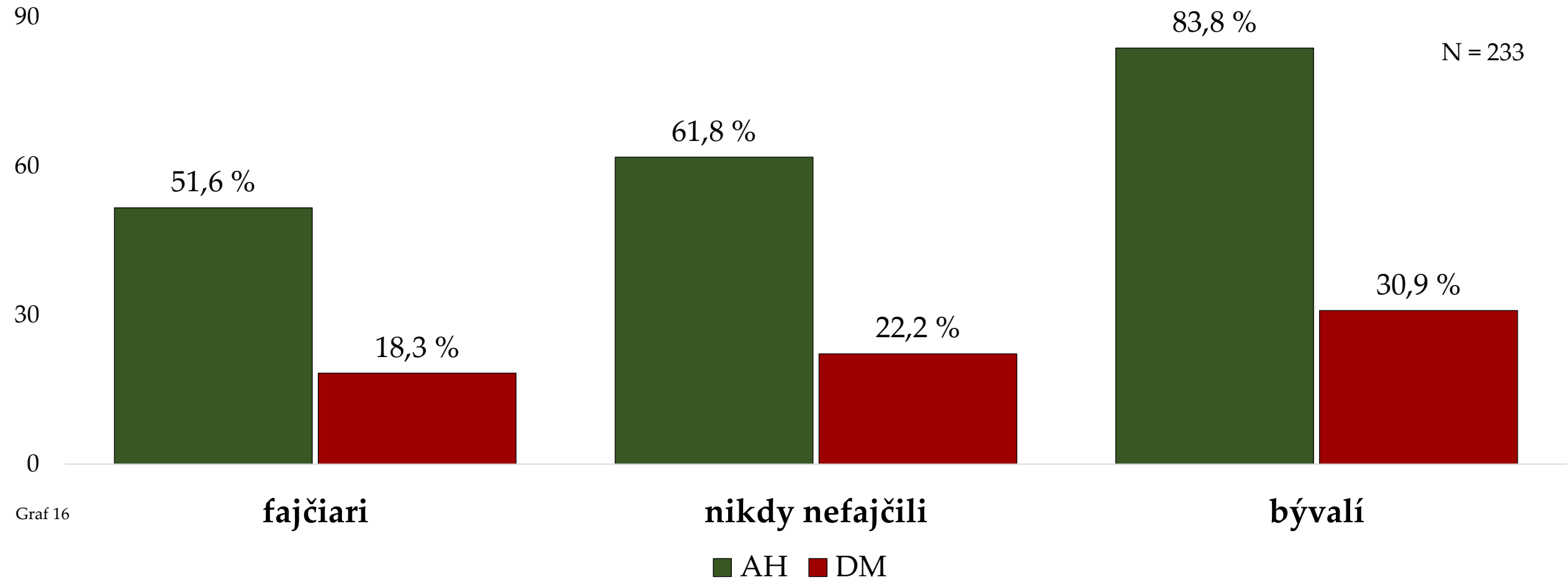
Diabetes mellitus	n	%	n	Fajčiari %
DM prítomný	56	22,1	17	30,4
DM neprítomný	197	77,9	76	38,6

Tabuľka 11



„Inzulínová rezistencia a diabetes mellitus jsou hlavními rizikovými faktory pro rozvoj aterosklerotických kardiovaskulárních onemocnění“(Dumbar et al. 2024).

Komorbidity zvyšující kardiovaskulární riziko

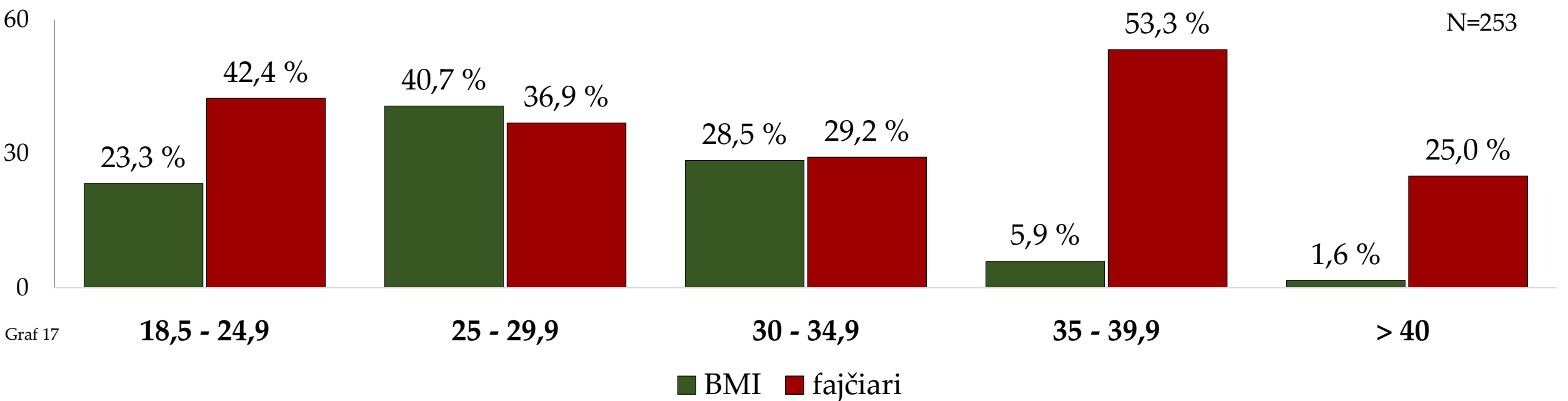


„Redukce rizikových faktorů u jednotlivce by mělo být přizpůsobeno jeho celkovému kardiovaskulárnímu riziku. Programy koordinované sestrami mohou zvýšit jejich účinnost“ (Visseren et al. 2021).

Antropometrické parametre

Index telesnej hmotnosti	n	100 %	n	Fajčiari %
BMI > 40	4	1,6	1	25,0
BMI 35 – 39,9	15	5,9	8	53,3
BMI 30 – 34,9	72	28,5	21	29,2
BMI 25 – 29,9	103	40,7	38	36,9
BMI 18,5 – 24,9	59	23,3	25	42,4

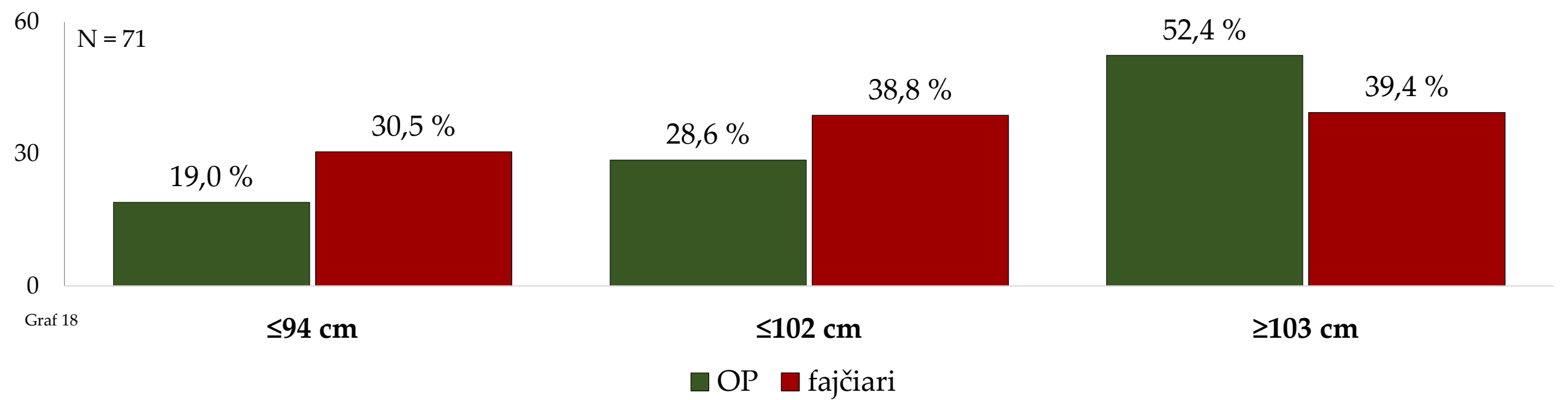
Tabuľka 12



Graf 17

Obvod pásu mužov N = 191	n ²	%	n	Fajčiari %
≤94 cm	36	19,0	11	30,5
≤102 cm	54	28,6	21	38,8
≥103 cm	99	52,4	39	39,4

Tabuľka 13

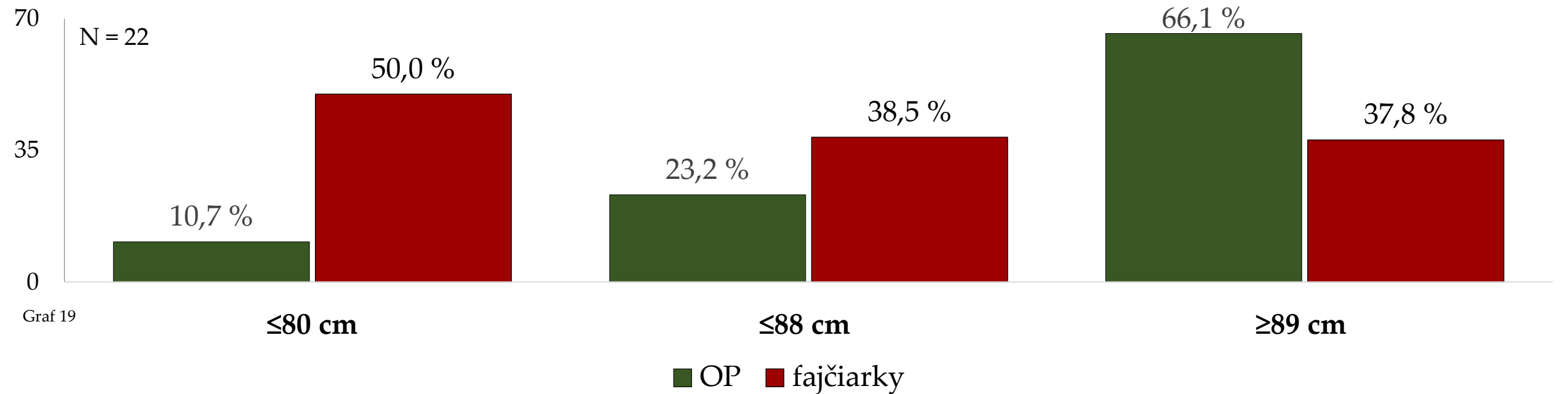


Graf 18

„Centrální obezita je klíčovým faktorem metabolického syndromu, který představuje soubor kardiovaskulárních a metabolických abnormalit, a je proto prediktorem diabetu mellitu a kardiovaskulárních onemocnění“(Jennings et al. 2016).

Obvod pásu žien N = 62	n ⁶	%	n	Fajčiarky %
≤80 cm	6	10,7	3	50,0
≤88 cm	13	23,2	5	38,5
≥89 cm	37	66,1	14	37,8

Tabuľka 14



Graf 19

„Centrální obezita, která je příznakem viscerální tukové tkáně, zvyšuje kardiální riziko u pacientů s ischemickou chorobou srdeční. Centrální obezita je spojena se zvýšeným rizikem koronárního syndromu u žen“(Dumbar et al. 2024).

Lipidový profil

mmol/l N = 165	Fajčiari	Nikdy nefajčili	hodnota p
TC ⁻³	5,23 ± 1,28 SD	5,45 ± 1,4 SD	0.312
LDL – C ⁻³	3,61 ± 1,16 SD	3,67 ± 1,23 SD	0.766
HDL – C ⁻³	1,13 ± 0,34* SD	1,28 ± 0,35 SD	0.008*
TG ^{-5 (Me)}	1,16	1,3	0.342

Tabuľka 15

N = 253	TC ⁻⁷
LDL – C ⁻⁴	0,896

Tabuľka 16

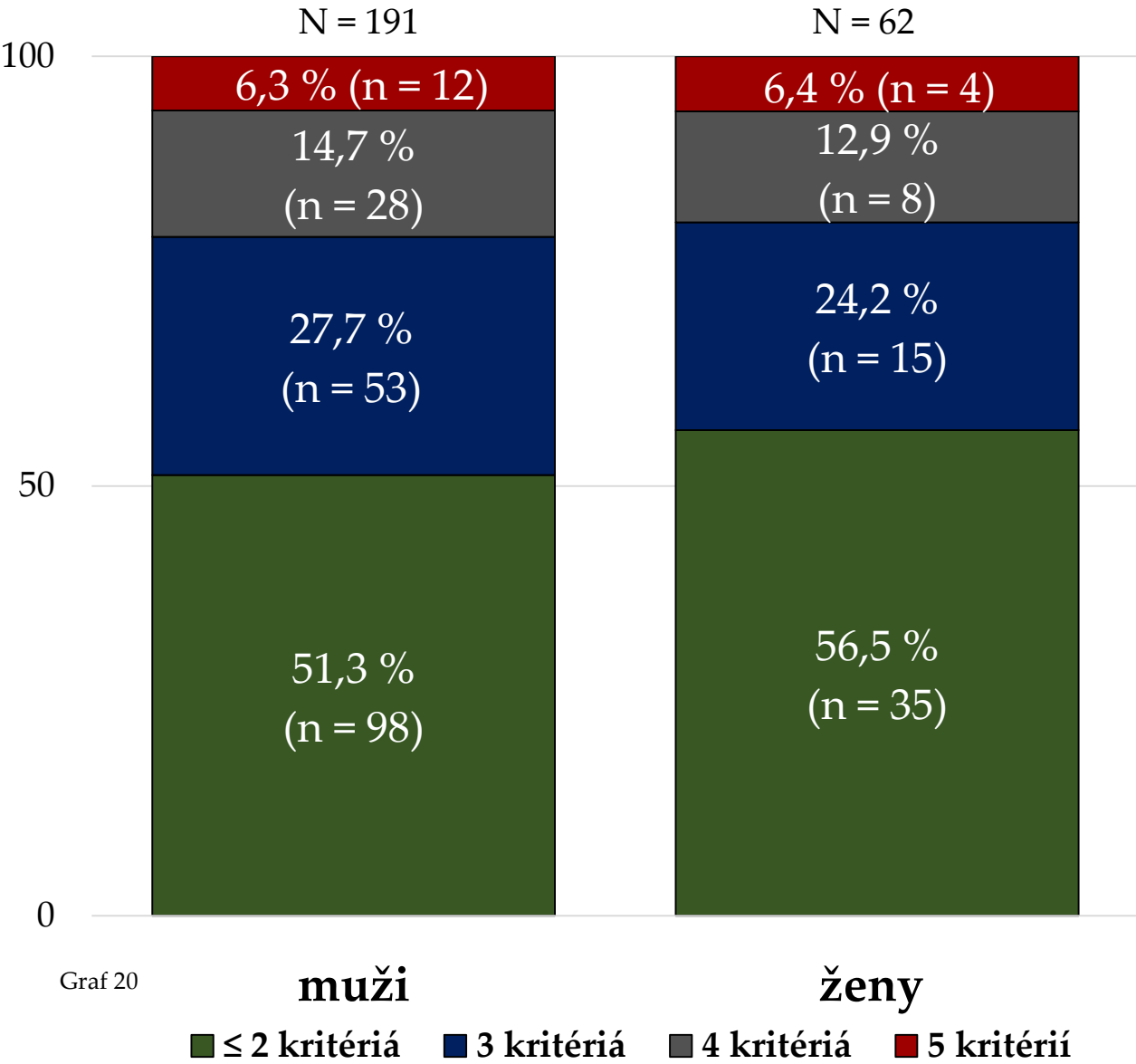
„LDL cholesterol je hlavným cieľom liečby dyslipidémie a cieľové hodnoty by mali byť dosiahnuté v závislosti na celkovom kardiovaskulárnom riziku“ (Visseren et al. 2021).

„Funkcie HDL cholesterolu má niekoľko ateroprotektívnych výhod: reverzný transport cholesterolu, protizánětlivé účinky, antitrombotické účinky, podpora vazodilatácie a antioxidantní účinky“(Dumbar et al. 2024).

Metabolický syndróm (MetS)

KRITÉRIÁ	
Krvný tlak	systolický ≥ 130 mm Hg diastolický ≥ 85 mm Hg Liečba arteriálnej hypertenzie
Obvod pása	muži ≥ 102 cm ženy ≥ 88 cm
Znížená hladina HDL cholesterolu	muži ≤ 1,03 mmol/l ženy ≤ 1,30 mmol/l Liečba na zvýšenie HDL
Zvýšená hladina triglyceridov	≥ 1,70 mmol/l Liečba na zníženie TG
Zvýšená hladina glukózy v krvi	≥ 6,1 mmol/l na lačno ≥ 7,0 mmol/l po jedle Liečba diabetu mellitus, diagnostikovaný DM 2T

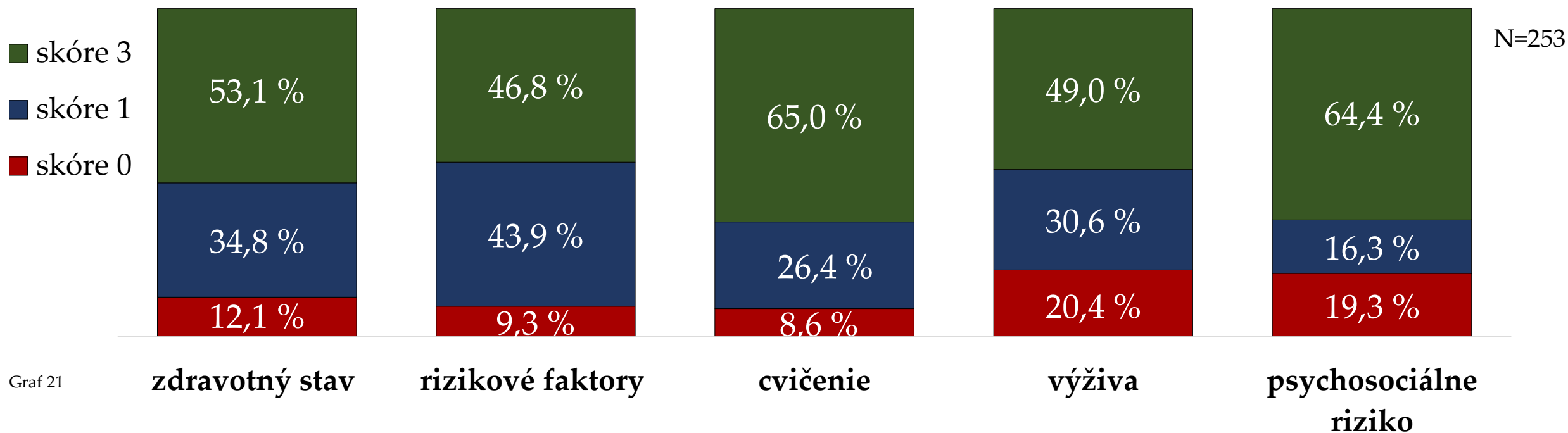
Tabuľka 17



Vyhodnotenie skúmaných domén dotazníka CADE – Q II

DOMÉNA	Zdravotný stav	Rizikové faktory	Cvičenie	Výživa	Psychosociálne riziko	N = 253
Skóre	13,55/21	9,19/15	15,46/21	12,39/21	10,46/15	61,05/93

Tabuľka 18



Graf 21

„Lepší znalost příčin ischemické choroby srdeční, rizikových faktorů a zdravého životního stylu snižuje riziko vzniku a progresu onemocnění a podporuje optimální rozhodnutí v oblasti péče o zdraví“ (Bernal-Jiménez et al. 2022).

Odporúčania pre prax

„Od sester se očekává, že v praxi budou klást větší důraz na prevenci prostřednictvím komplexního posouzení kardiovaskulárního rizika a řízení rizikových faktorů pacienta poskytováním cílené edukace a poradenství“ (Dumbar et al.2024).

- **Edukačný proces pacientov s ochorením koronárnych ciev zamerať na komorbidity, rizikové správanie a rizikové faktory podľa výšky pacientovho kardiovaskulárneho rizika.**
- **U pacientov s ochorením koronárnych ciev klásť dôraz na poradenstvo a efektívnu edukáciu o význame sekundárnej prevencie.**

Referencie

1. ABREU, Ana; Jean-Paul SCHMID; Massimo PIEPOLI. Cardiac Rehabilitation: A practical clinical guide. Oxford University Press, 2020.
2. BERNAL-JIMÉNEZ, Á. María et al. Design and validation of a scale of knowledge of cardiovascular risk factors and lifestyle after coronary event. Journal of Clinical. Medicine. Vol. 11, (May 2022), iss. 2773.
3. CHABROL, Henri et al. Comparison of the Heavy Smoking Index and of the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence in a sample of 749 cigarette smokers. Addictive behaviors. Vol. 30, (August 2005), iss. 7, s.1474-1477.
4. DE MELO GHISI, Gabriela Lima; Sherry L. GRACE; Scott THOMAS; Michael F. EVANS; Paul OH. Development and psychometric validation of the second version of the Coronary Artery Disease Education Questionnaire (CADE-Q II). Patient Education and Counseling. Vol. 98, (March 2015), iss. 3, s. 378 – 383.
5. DOSBABA, Filip et al. Kardiovaskulární rehabilitace a prevence. Grada Publishing, 2023.
6. DUMBAR, B. Sandra; Lynne T. BRAUN. Preventive Cardiovascular Nursing, Resilience across the Lifespan for Optimal Cardiovascular Wellness. Springer Nature AG, 2024.
7. JENNINGS, Catriona; Ian GRAHAM; Stephan GIELEN. The ESC handbook of preventive cardiology: Putting prevention into practice. Oxford University Press, 2016.
8. JENNINGS, Catriona et al. The ESC Textbook of Cardiovascular nursing. Oxford University press, 2022.
9. KNUUTI, Johani et al. ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes: The Task Force for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology. European Heart Journal. Vol. 41, (August 2019), iss. 3, s. 407 – 477.
10. TÓTHOVÁ, Valérie et al. Význam ošetrovatelství v preventivní kardiologii. Grada Publishing, 2019.
11. VISSEREN, L. J. Frank et al. ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies With the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology. European heart journal. Vol. 42, (August 2021), iss. 34, s. 3227 – 3337.

Ďakujem za pozornosť

